



Agencja Oceny Technologii
Medycznych i Taryfikacji
Wydział Taryfikacji

Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

WT.521.4.2019

Świadczenia gwarantowane obejmujące **choroby żeńskiego układu rozrodczego**

(JGP: M01–M31)

Data ukończenia 14.05.2025



Objaśnienia skrótów

Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
CPL	względny poziom cen (ang. <i>Comparative Price Levels</i>)
DALY	lata życia skorygowane niesprawnością (ang. <i>disability-adjusted life-years</i>)
DRG	jednorodne grupy pacjentów (ang. <i>Diagnosis Related Groups</i>)
DSz	dane szczegółowe
FFS	płatność za usługę (ang. <i>fee-for-service</i>)
FIGO	Międzynarodowa Federacja Ginekologii i Położnictwa (fr. <i>Federacion Internacional Ginecologia Obstetrica</i>)
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
HPV	wirus brodawczaka ludzkiego (ang. <i>human papilloma virus</i>)
HRG	jednorodne grupy pacjentów (ang. <i>Healthcare Resource Groups</i>)
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta
ICD-9 PL	międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych – wersja polska (ang. <i>International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures</i>)
JGP	jednorodne grupy pacjentów
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ/Płatnik	Narodowy Fundusz Zdrowia
NHS	<i>National Health Service</i>
NTM	nietrzymanie moczu
OAIiT	oddział anestezjologii i intensywnej terapii
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. <i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>)
OM	obróć magazynowy z apteki szpitalnej
OPK	ośrodek powstawania kosztów
PET	pozytonowa tomografia emisyjna (ang. <i>positron emission tomography</i>)
PKB	produkt krajowy brutto
PL	produkty lecznicze
PPP	parytet siły nabywczej (ang. <i>Purchasing Power Parities</i>)
PR	procedury medyczne
pw	powikłania
RM	rezonans magnetyczny
RPWDL	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
RTG	zdjęcie rentgenowskie
TK	tomografia komputerowa
UE	Unia Europejska
USG	ultrasonografia
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 roku, poz. 146 z późn. zm.)
WKK	własna kalkulacja kosztów
WM	wyroby medyczne
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Spis treści

1. Problem decyzyjny	5
2. Taryfikowane świadczenie.....	7
2.1. Charakterystyka świadczenia	7
2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce	25
2.3. Analiza popytu i podaży	37
2.4. Stan finansowania w innych krajach	74
2.4.1. Anglia.....	75
2.4.2. Niemcy.....	78
2.5. Cenniki komercyjne.....	81
2.6. Uwagi do świadczenia.....	81
3. Projekt taryfy.....	86
3.1. Pozyskanie danych	86
3.1.1. Dane medyczno-kosztowe	88
3.1.2. Dane finansowo-księgowe	91
3.1.3. Dane o wynagrodzeniach	93
3.2. Analiza danych	93
3.2.1. Mnożnik zmian wielkości kosztów	94
3.2.2. Propozycje zmian w charakterystykach JGP sekcji M	94
3.2.3. Propozycja zmian liczby dni pobytu finansowanych grupą	98
3.2.4. Osobodzień optymalny	104
3.2.5. Propozycja zmian wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą 106	
3.2.6. Koszt pobytu.....	106
3.2.7. Koszt procedur medycznych, produktów leczniczych, wyrobów medycznych.....	107
3.2.8. Koszt infrastruktury	113
3.2.9. Stawki godzinowe personelu realizującego procedurę zabiegową	115
3.2.10. Czas zajęcia infrastruktury do zabiegu	115
3.2.11. Wyniki analizy kosztów	116
3.3. Analiza wrażliwości	120
3.4. Projekt taryfy	121
4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej	127
4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	127

4.2.	Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej.....	130
5.	Najważniejsze informacje i wnioski.....	132
6.	Bibliografia	144
7.	Spis tabel i rysunków	145
8.	Załączniki.....	149

1. Problem decyzyjny

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

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi: Plan Taryfikacji na rok 2020, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 28.06.2019 r., w punkcie: I lp. 2, odnoszący się do świadczeń wymienionych w Załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2017 poz. 2295 z późn. zm.) w obszarze: choroby żeńskiego układu rozrodczego.

Przedmiotem raportu są:

świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, zgodnie z art. 15 Ustawy o świadczeniach scharakteryzowane procedurami medycznymi (kod ICD-9 PL) i rozpoznaniem (kod ICD-10) zamieszczonymi w załączniku nr 1 do raportu,

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

- M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw,
 - M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego,
 - M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego,
 - M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego,
 - M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu,
 - M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw,
 - M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw,
 - M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw,
 - M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego,
 - M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego,
 - M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego,
 - M16 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej,
 - M17 Indukcja poronienia,
 - M18 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego,
 - M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodowego,
 - M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw,
 - M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw,
 - M26 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego,
 - M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej,
 - M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni,
 - M29 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw,
 - M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego,
 - M31 Leczenie niepłodności żeńskiej,
-

zwane dalej: leczeniem chorób żeńskiego układu rozrodczego.

W 2016 roku, w ramach zadań zleconych przez Ministra Zdrowia, przedmiotem taryfikacji był produkt rozliczeniowy oznaczony grupą M05 *Zabiegi w nietrzymaniu moczu** oraz nowo wyodrębniony produkt rozliczeniowy: *Zabiegi w zaburzeniach statyki narządu rodnego z użyciem materiału syntetycznego*. W wyniku przeprowadzonej analizy wycena JGP M05 została obniżona o 14%. W 2023 roku, na podstawie wyceny opracowanej przez AOTMiT, został utworzony produkt rozliczeniowy oznaczony grupą M22R *Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego**.

2. Taryfikowane świadczenie

2.1. Charakterystyka świadczenia

Wśród chorób żeńskiego układu rozrodczego można wyróżnić kilka grup schorzeń, które zostały scharakteryzowane poniżej.

Choroby nowotworowe

Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych to przede wszystkim rak szyjki macicy, rak trzonu macicy, rak jajnika oraz rak sromu. Na ich występowanie wpływa szereg czynników, a etiologia ich powstawania nie jest do końca zbadana. Wyjątkiem w tej grupie jest rak szyjki macicy, dla którego za główny czynnik kancerogeny uznaje się zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV).

Podstawą rozpoznania nowotworu jest badanie histopatologiczne. Diagnostykę, w zależności od typu podejrzanego nowotworu uzupełnia się o badania obrazowe (TK, RM, PET) oraz badania biochemiczne (oznaczanie markerów nowotworowych). W zależności od umiejscowienia i stopnia klinicznego zaawansowania nowotworu (określanego przez skalę FIGO), wdrażane jest odpowiednie postępowanie terapeutyczne (Bręborowicz, 2016). Główne informacje o najczęściej występujących typach nowotworów układu rodnych kobiet zawiera poniższa tabela.

Tabela 1 Charakterystyka nowotworów żeńskiego układu rozrodczego

Lp.	Nowotwór - umiejscowienie	Diagnozowanie	Leczenie – zależne od stopnia zaawansowania
1.	Rak szyjki macicy (C53)	Biopsja szyjki macicy, badania obrazowe (RTG klatki piersiowej, USG przezpochwowe, RM), diagnostyczna elektrokonizacja (potwierdzenie głębokości nacieku)	Chirurgiczne (wycięcie guza z marginesem zdrowych tkanek), radykalne wycięcie macicy i limfadenektomia, radioterapia i chemioterapia
2.	Rak trzonu macicy (C54)	Biopsja endometrium, badania obrazowe (RTG klatki piersiowej, USG przezpochwowe, TK i RM – w celu poszukiwania przerzutów)	Wycięcie macicy z przydatkami, ewentualnie z węzłami chłonnymi, radioterapia, chemioterapia, hormonoterapia
3.	Rak jajnika (C56)	Biopsja, USG jamy brzusznej, TK jamy brzusznej i miednicy	Leczenie operacyjne, chemioterapia, radioterapia, chemioterapia dootrzewnowa
4.	Rak sromu (C51)	Badanie ginekologiczne i badane <i>per rectum</i> oraz palpacyjna ocena pachwinowych węzłów chłonnych	Leczenie chirurgiczne (wulwektomia), chemioterapia, radioterapia

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Bręborowicz, 2016)

W leczeniu chirurgicznym nowotworów coraz częściej stosuje się technikę laparoskopową, której zalety w ginekologii są zgodne z ogólnymi korzyściami tej metody. Należą do nich krótszy czas hospitalizacji, szybszy powrót do aktywności po zabiegu oraz zmniejszone ryzyko powikłań, w tym zakażeń. Należy jednak pamiętać, że jednym z możliwych powikłań jest rozlanie nowotworu w jamie otrzewnej lub w ranie po trokarze. Nowatorskim rozwiązaniem w tej dziedzinie są operacje laparoskopowe z wykorzystaniem technologii robotycznej, które odbywają się przy użyciu specjalistycznego sprzętu – robota, którym zdalnie steruje operator. Ta metoda umożliwia większą precyzję ruchów oraz lepsze manewrowanie narzędziami (Bręborowicz, 2016).

Nowotwory narządów płciowych stanowią istotne obciążenie populacji kobiet w Polsce. Biorąc pod uwagę liczbę zachorowań, rak trzonu macicy stanowi 7,1% wszystkich zachorowań na nowotwory kobiet w Polsce (3. miejsce pod względem częstości występowania), rak jajnika – 4,1% (5. miejsce),

rak szyjki macicy 2,6% (8. miejsce). Struktura zgonów kobiet również wskazuje na istotność wskazanych nowotworów: rak jajnika odpowiada za 5,9% wszystkich zgonów na choroby nowotworowe wśród kobiet (4. miejsce pod względem częstości), rak trzonu macicy – 4,0% (6. miejsce), a rak szyjki macicy – 3,3% (8. miejsce) (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2022).

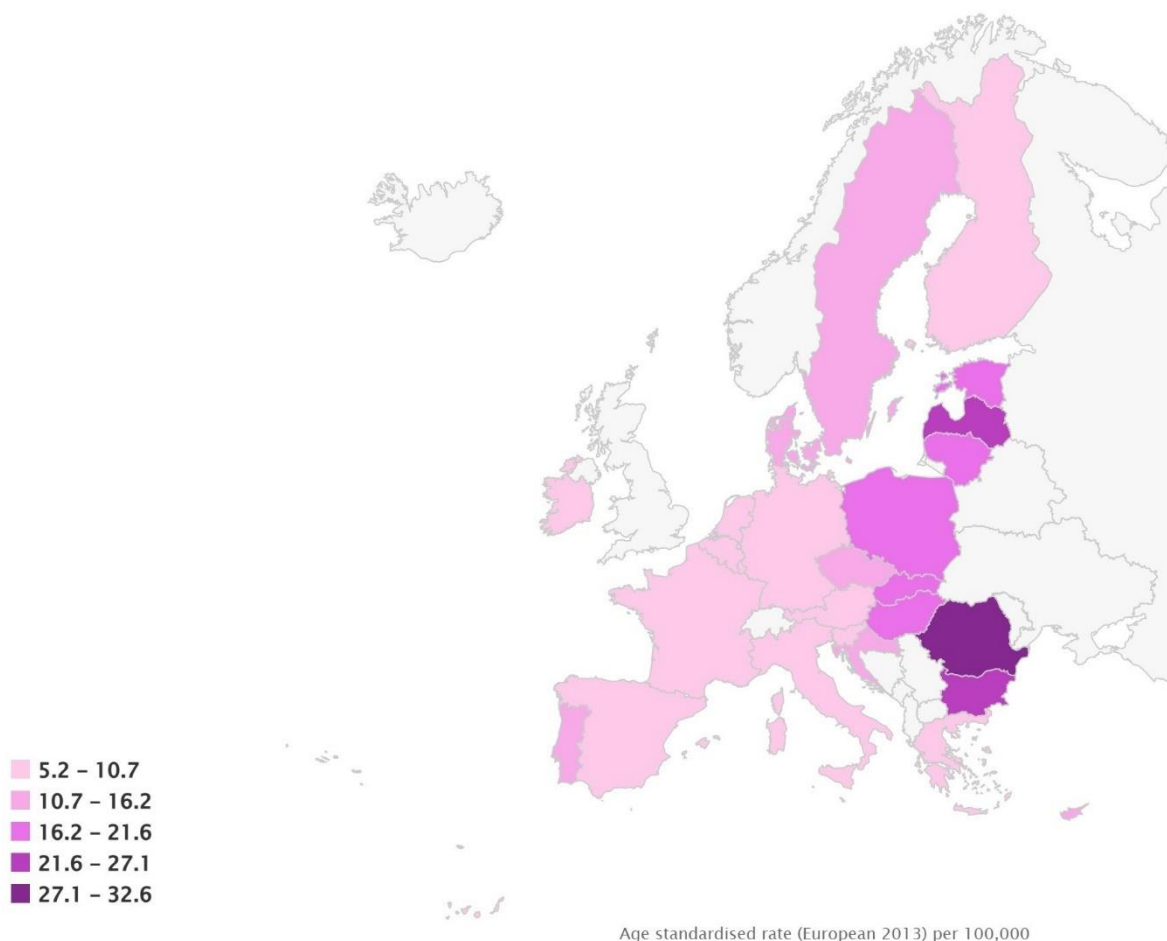
Dla pełniejszego zobrazowania wpływu chorób nowotworowych, a także innych schorzeń żeńskiego układu rozrodczego na populację kobiet, w niniejszym opracowaniu przywołano dane dotyczące wpływu poszczególnych jednostek chorobowych, zarówno na długość, jak i jakość życia. W celach poglądowych przedstawiono kalkulacje w zakresie wskaźnika DALY (*disability-adjusted life years*), który uwzględnia zgony, a także niesprawność związaną z daną chorobą.¹

Rak szyjki macicy

Analizując wskaźniki zachorowalności i umieralności obserwuje się istotny dystans, który dzieli Polskę od krajów Europy Zachodniej, co prezentują poniższe rysunki.

Estimated incidence by country

EU27, Female, Cervix uteri, All ages, 2022



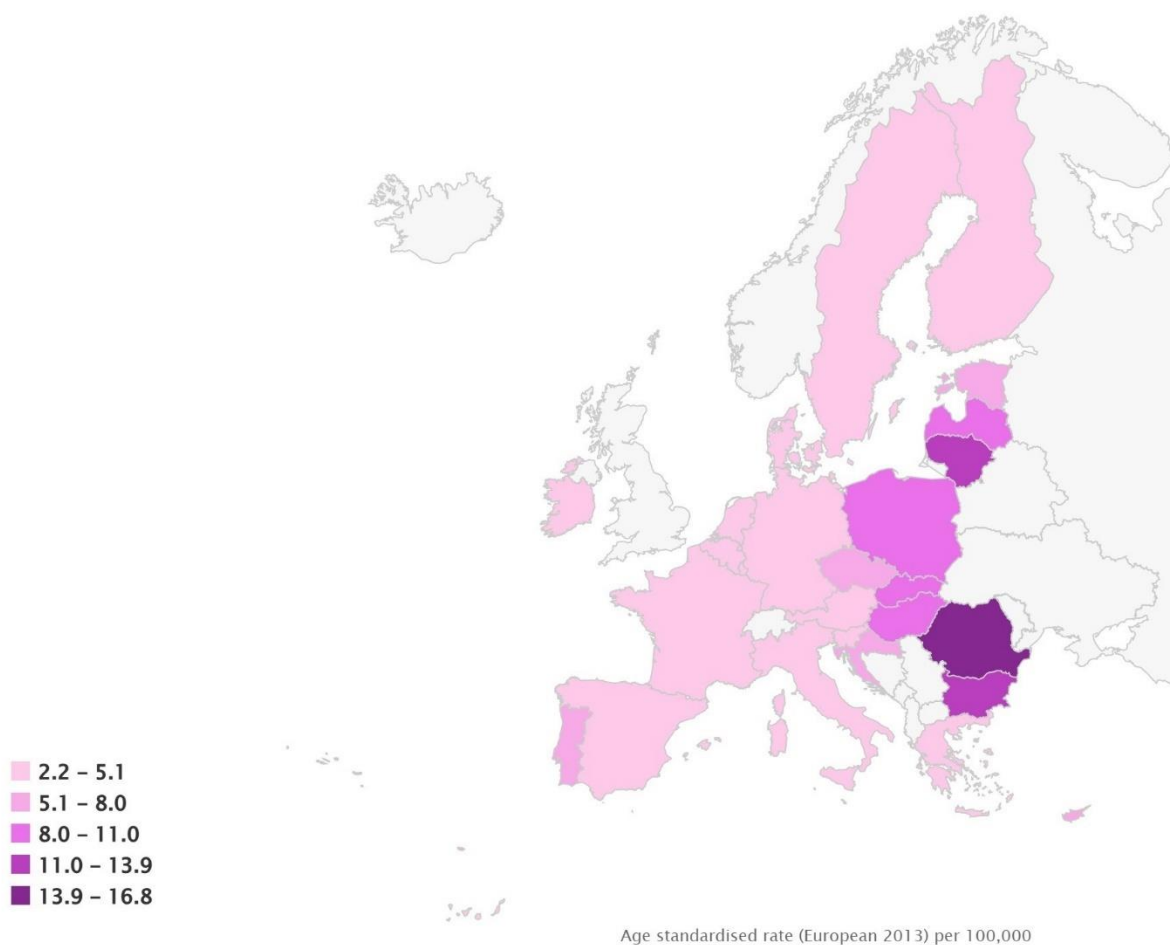
Rysunek 1. Zachorowalność w krajach UE na raka szyjki macicy w 2022 roku.

Źródło: (European Cancer Information System, 2025)

¹ Jeden DALY oznacza jeden stracony rok zdrowego życia.

Estimated mortality by country

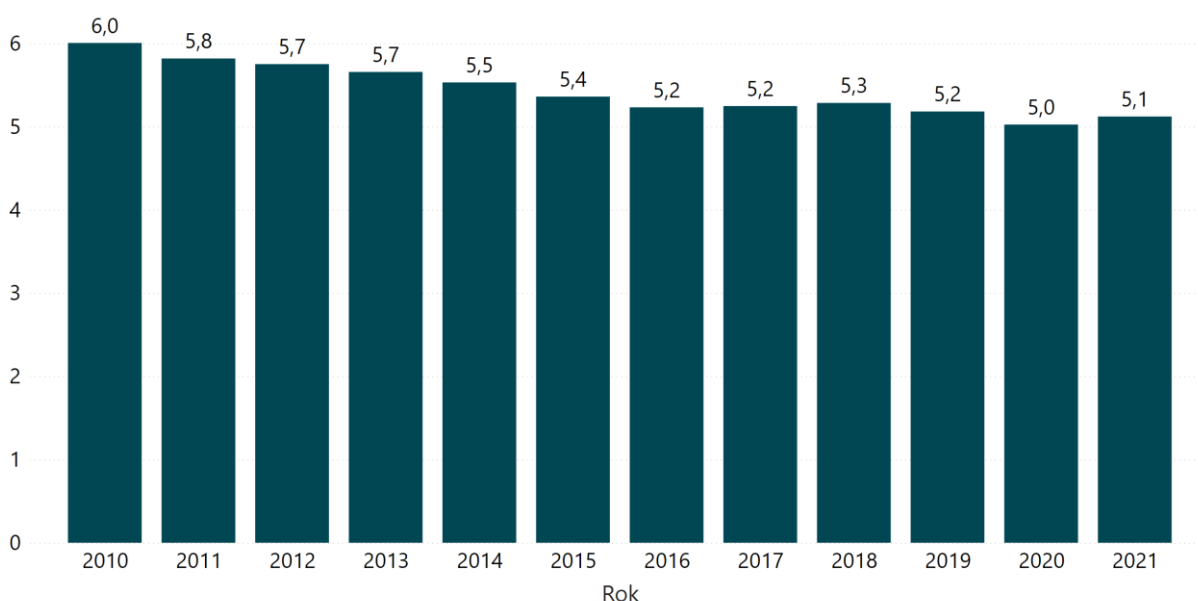
EU27, Female, Cervix uteri, All ages, 2022

**Rysunek 2. Umieralność w krajach UE na raka szyjki macicy w 2022 roku.***Źródło: (European Cancer Information System, 2025)*

Na przestrzeni lat 2010–2021 współczynnik zgonów spowodowanych rakiem szyjki macicy systematycznie malał – z poziomu 6 na 100 tys. ludności w 2010 roku do 5,1 na 100 tys. ludności w 2021 roku, co widoczne jest na poniższym rysunku (Rysunek 3).

Porównanie współczynnika zgonów dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010-2021

Rak szyjki macicy

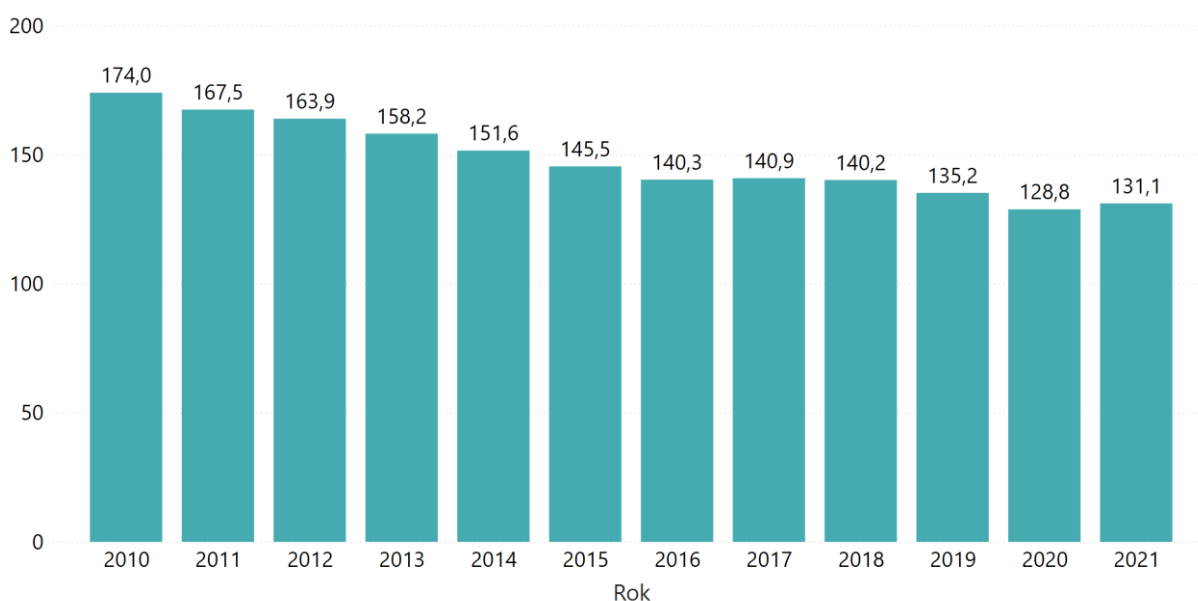
**Rysunek 3. Rak szyjki macicy – współczynnik zgonów dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie: (Global Burden of Disease Study, 2025)

Tendencja malejąca widoczna jest także dla wartości wskaźnika DALY. W 2010 roku wskaźnik DALY dla raka szyjki macicy wynosił 174, natomiast w 2021 roku spadł do 131,1. Pomimo tak znaczącego spadku, wskaźnik DALY w dalszym ciągu utrzymuje się na stosunkowo wysokim poziomie (Rysunek 4).

Porównanie współczynnika DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010-2021

Rak szyjki macicy

**Rysunek 4. Rak szyjki macicy – współczynnik DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie: (Global Burden of Disease Study, 2025)

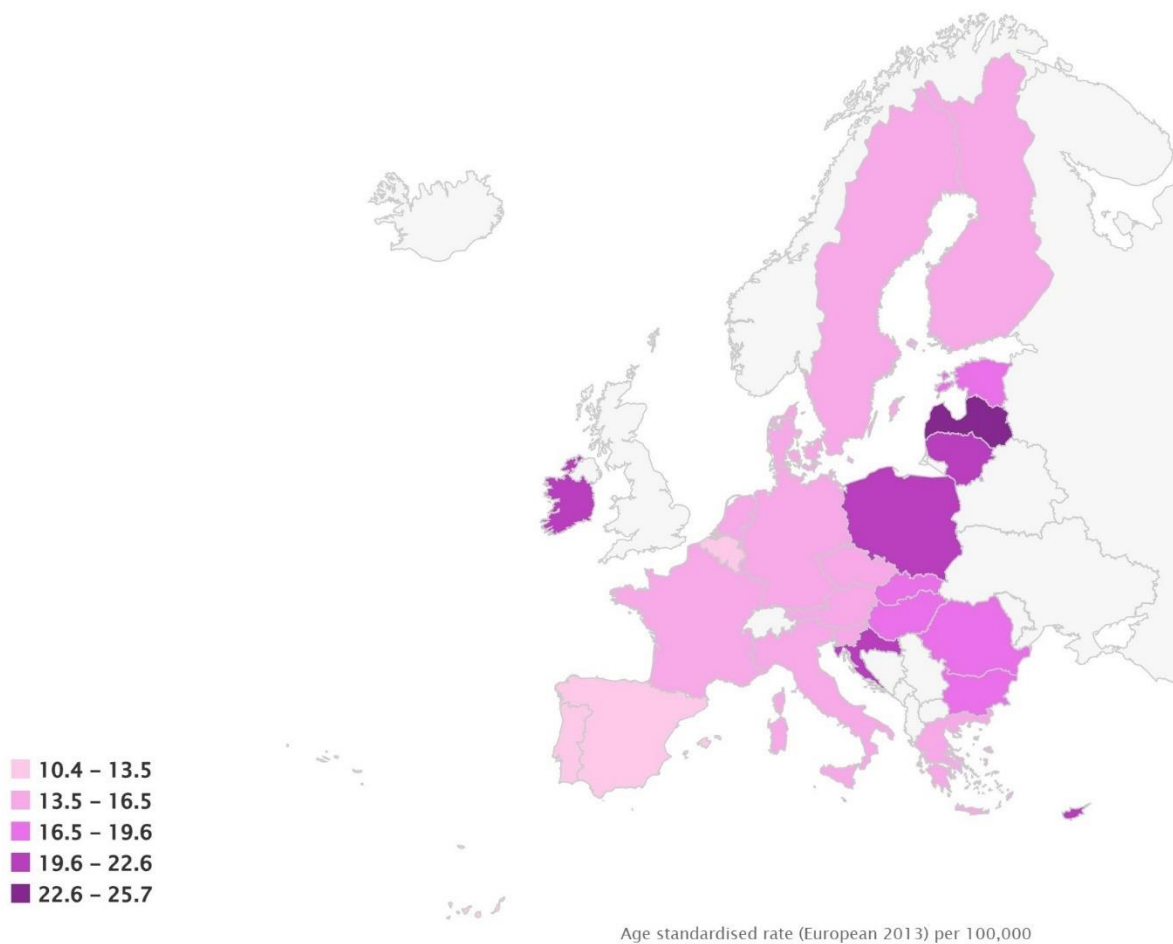
Rak jajnika

Duże obciążenie rakiem jajnika jest widoczne zwłaszcza pod kątem zachorowalności, która jest na znacznie wyższym poziomie niż w Niemczech, Francji czy Szwecji. Wskaźniki umieralności w Polsce

są na podobnym, wysokim poziomie, jak w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej, co prezentują poniższe rysunki.

Estimated incidence by country

EU27, Female, Ovary, All ages, 2022

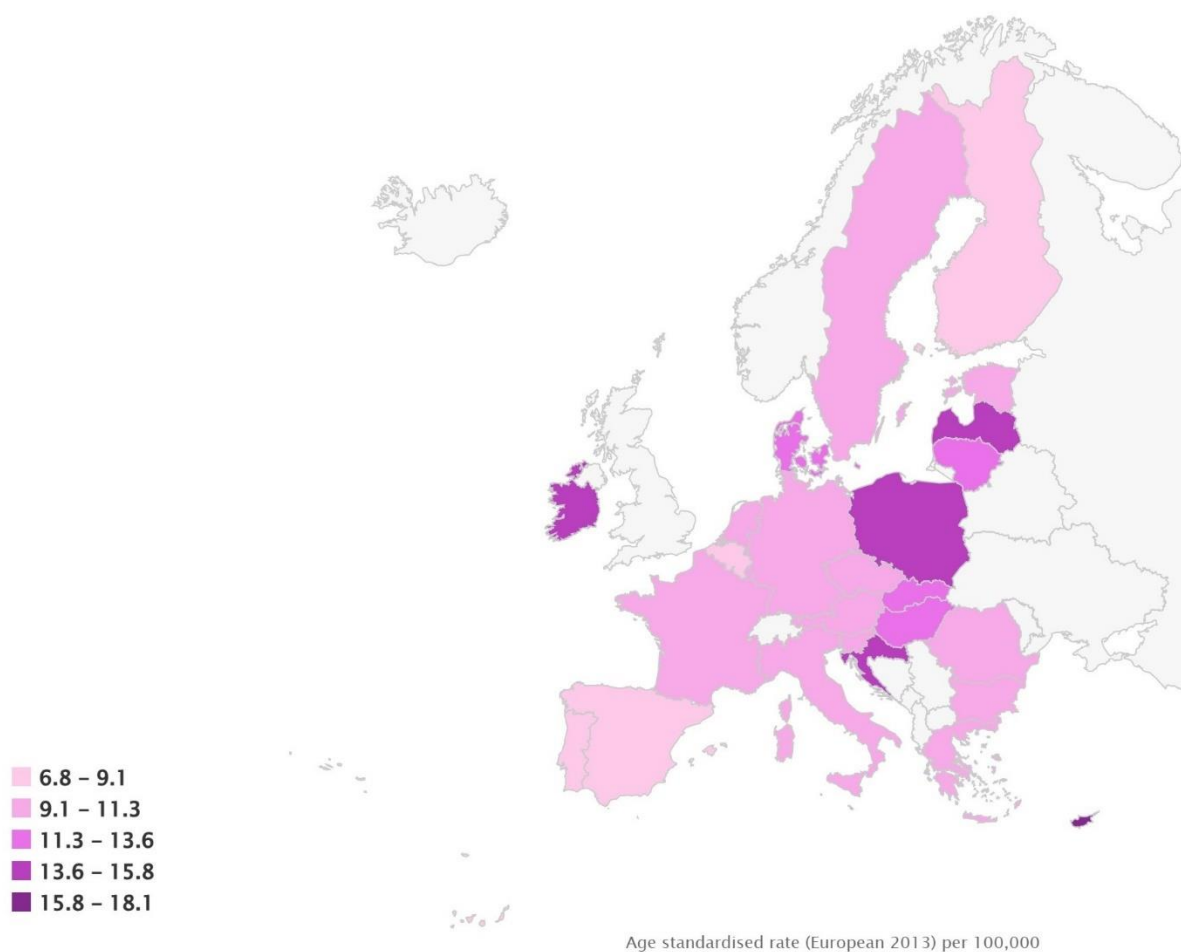


Rysunek 5. Zachorowalność w krajach UE na raka jajnika w 2022 roku.

Źródło: (European Cancer Information System, 2025)

Estimated mortality by country

EU27, Female, Ovary, All ages, 2022

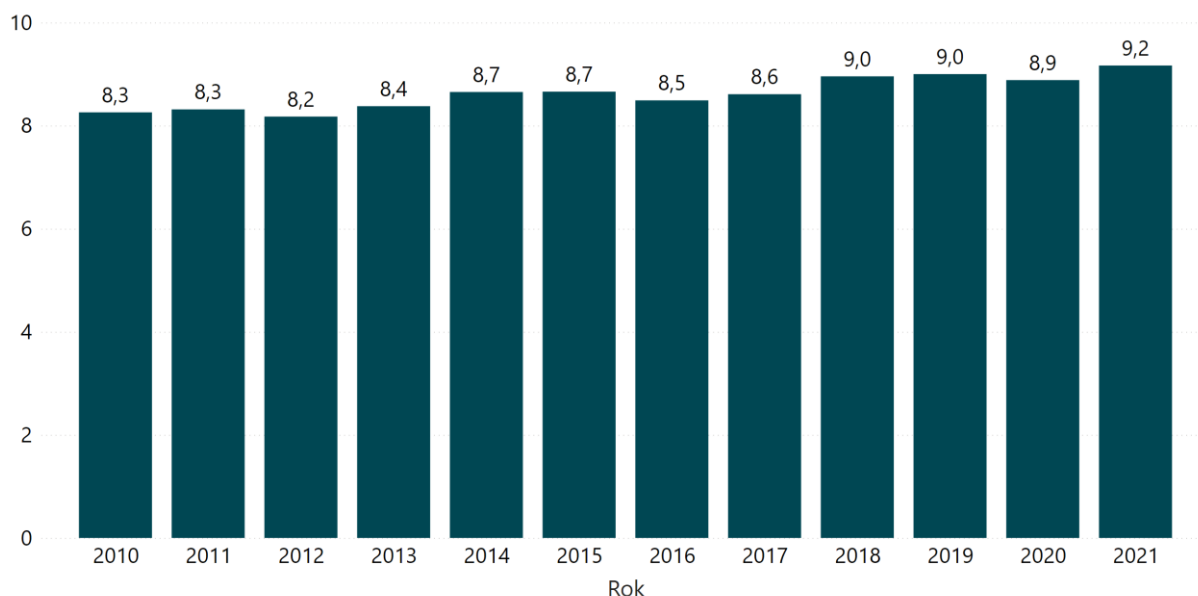
**Rysunek 6. Umieralność w krajach UE na raka jajnika w 2022 roku.**

Źródło: (European Cancer Information System, 2025)

Analizując trendy dotyczące zgonów z powodu raka jajnika widoczny jest wzrost współczynnika w latach 2010–2021 – z poziomu 8,3 na 100 tys. ludności w 2010 roku do 9,2 na 100 tys. ludności w 2021 roku, co widoczne jest na poniższym rysunku (Rysunek 7).

Porównanie współczynnika zgonów dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021

Rak jajnika

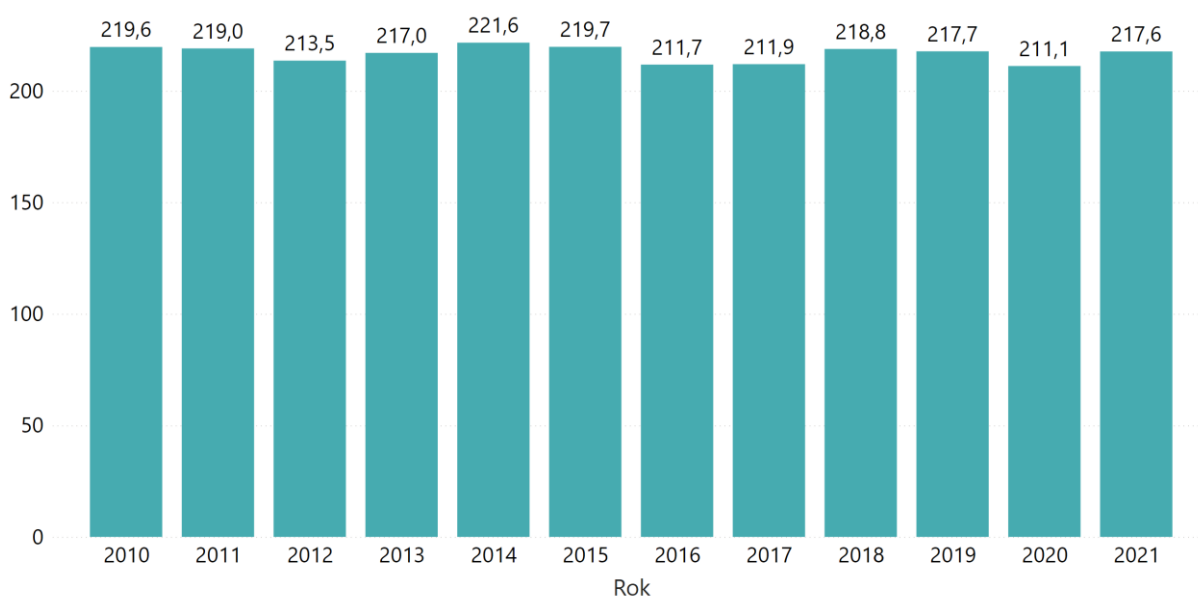
**Rysunek 7. Rak jajnika – współczynnik zgonów dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie: (Global Burden of Disease Study, 2025)

W przypadku wskaźnika DALY, w analizowanych latach wahał się on na poziomie od 211,1 do 221,6, co stanowi najwyższą wartość spośród wszystkich nowotworów żeńskiego układu rozrodczego w Polsce. Szczegóły dotyczące zmian wskaźnika na przestrzeni lat 2010–2021 przedstawia Rysunek 8.

Porównanie współczynnika DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021

Rak jajnika

**Rysunek 8. Rak jajnika – współczynnik DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021.**

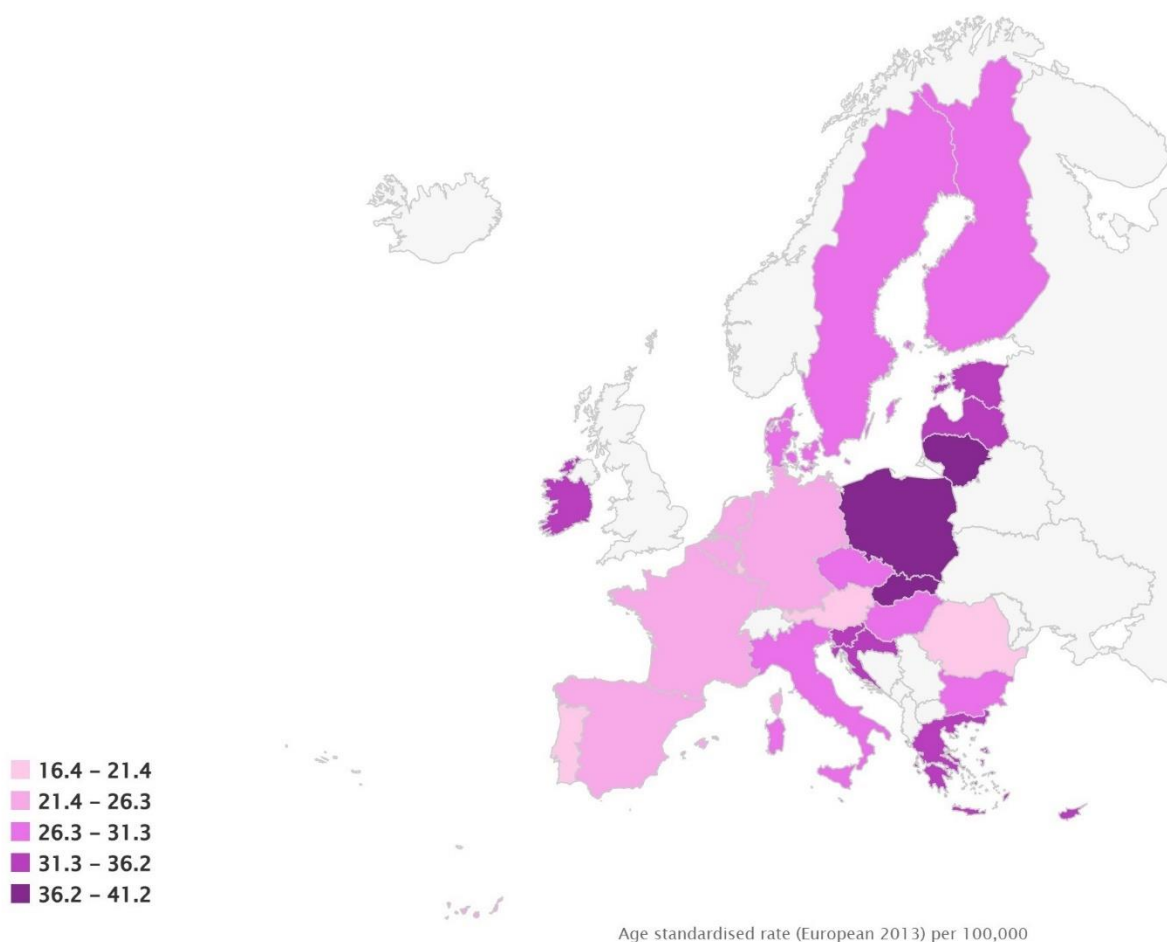
Źródło: opracowanie własne na podstawie: (Global Burden of Disease Study, 2025)

Rak trzonu macicy

Rak trzonu macicy jest najczęściej występującym nowotworem spośród nowotworów układu rodnego kobiet w Polsce. Cechuje się wysokimi wskaźnikami umieralności i zachorowalności, w porównaniu do krajów zachodnioeuropejskich, co widoczne jest na poniższych rysunkach.

Estimated incidence by country

EU27, Female, Corpus uteri, All ages, 2022

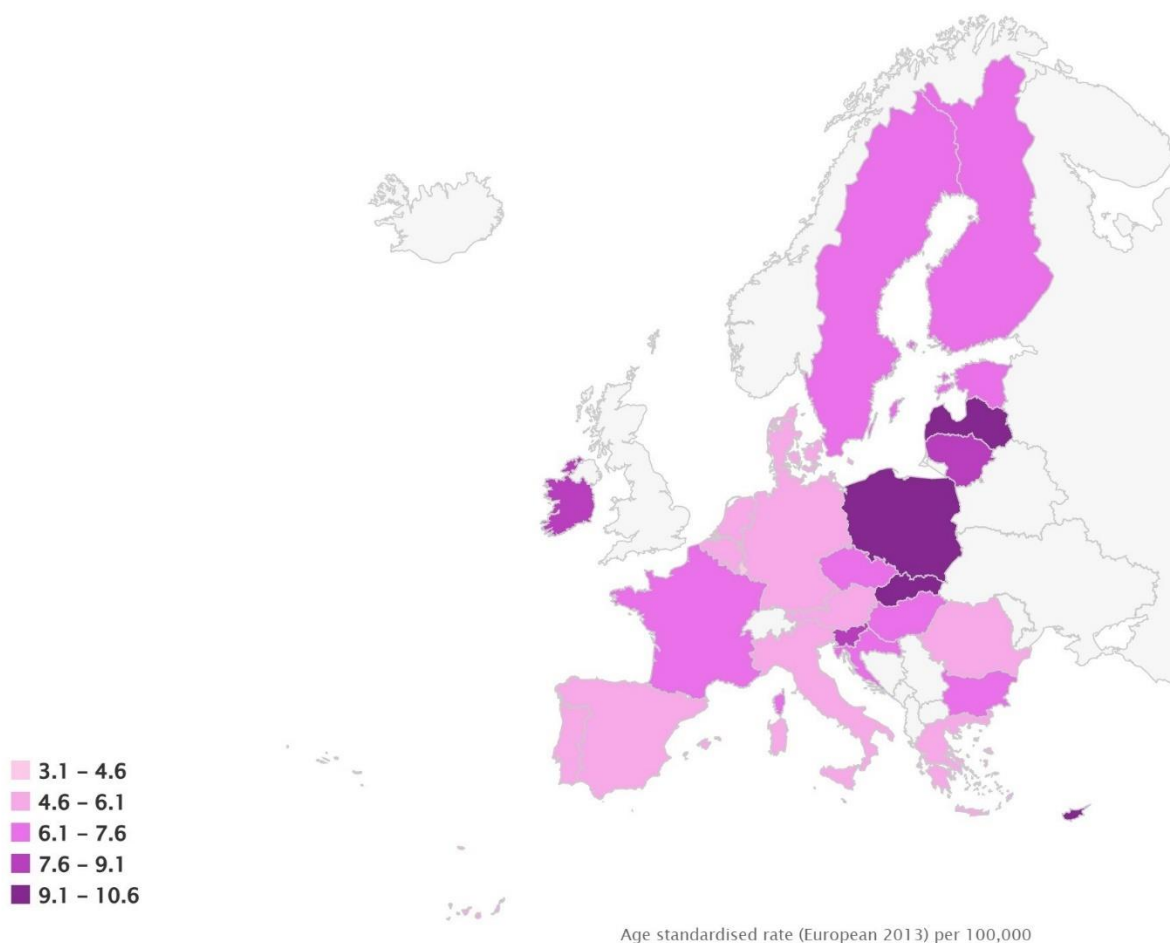


Rysunek 9. Zachorowalność w krajach UE na raka trzonu macicy w 2022 roku.

Źródło: (European Cancer Information System, 2025)

Estimated mortality by country

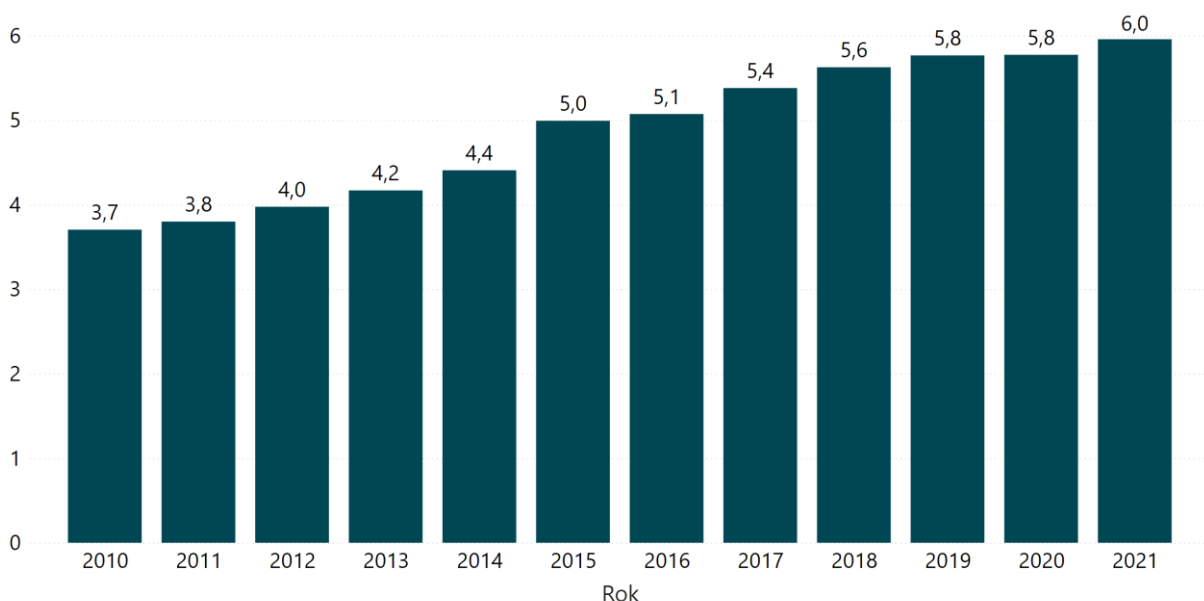
EU27, Female, Corpus uteri, All ages, 2022

**Rysunek 10. Umieralność w krajach UE na raka trzonu macicy w 2022 roku.***Źródło: (European Cancer Information System, 2025)*

W przeciwieństwie do raka szyjki macicy, współczynnik zgonów spowodowanych rakiem trzonu macicy w latach 2010–2021 wykazywał ogólny trend wzrostowy – z poziomu 3,7 na 100 tys. ludności w 2010 roku do 6 na 100 tys. ludności w 2021 roku, co obrazuje poniższy rysunek.

Porównanie współczynnika zgonów dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010-2021

Rak trzonu macicy

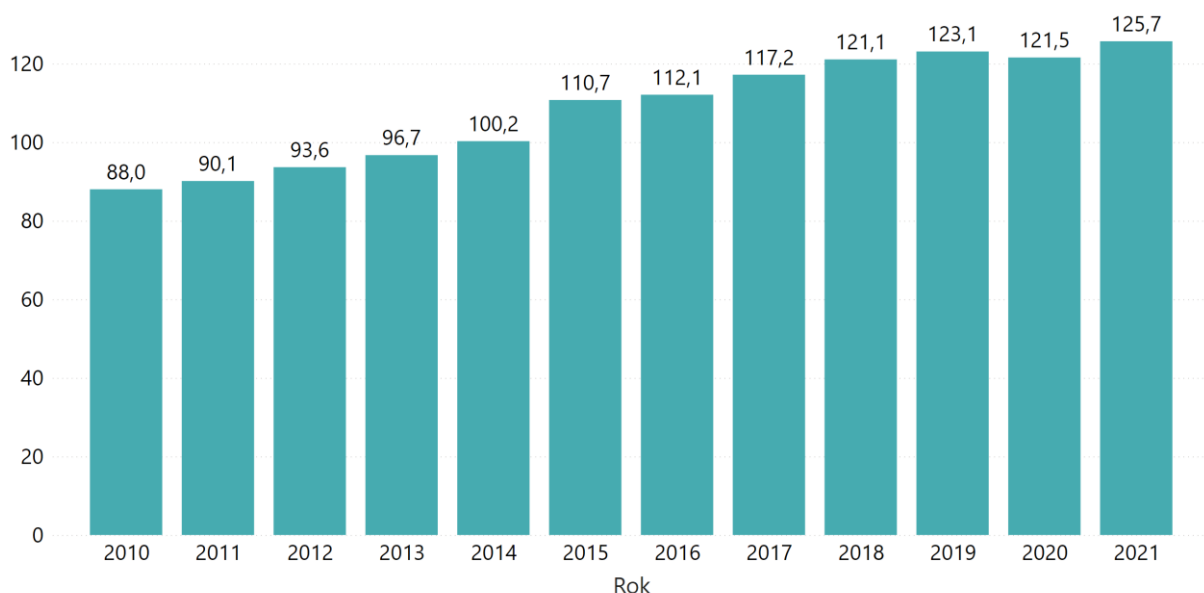
**Rysunek 11. Rak trzonu macicy – współczynnik zgonów dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie: (Global Burden of Disease Study, 2025)

Wskaźnik DALY, podobnie jak współczynnik zgonów w analizowanym okresie, odznaczał się systematycznym wzrostem – z poziomu 88 w 2010 roku do poziomu 125,7 w 2021 roku (Rysunek 12).

Porównanie współczynnika DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010-2021

Rak trzonu macicy

**Rysunek 12. Rak trzonu macicy – współczynnik DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021.**

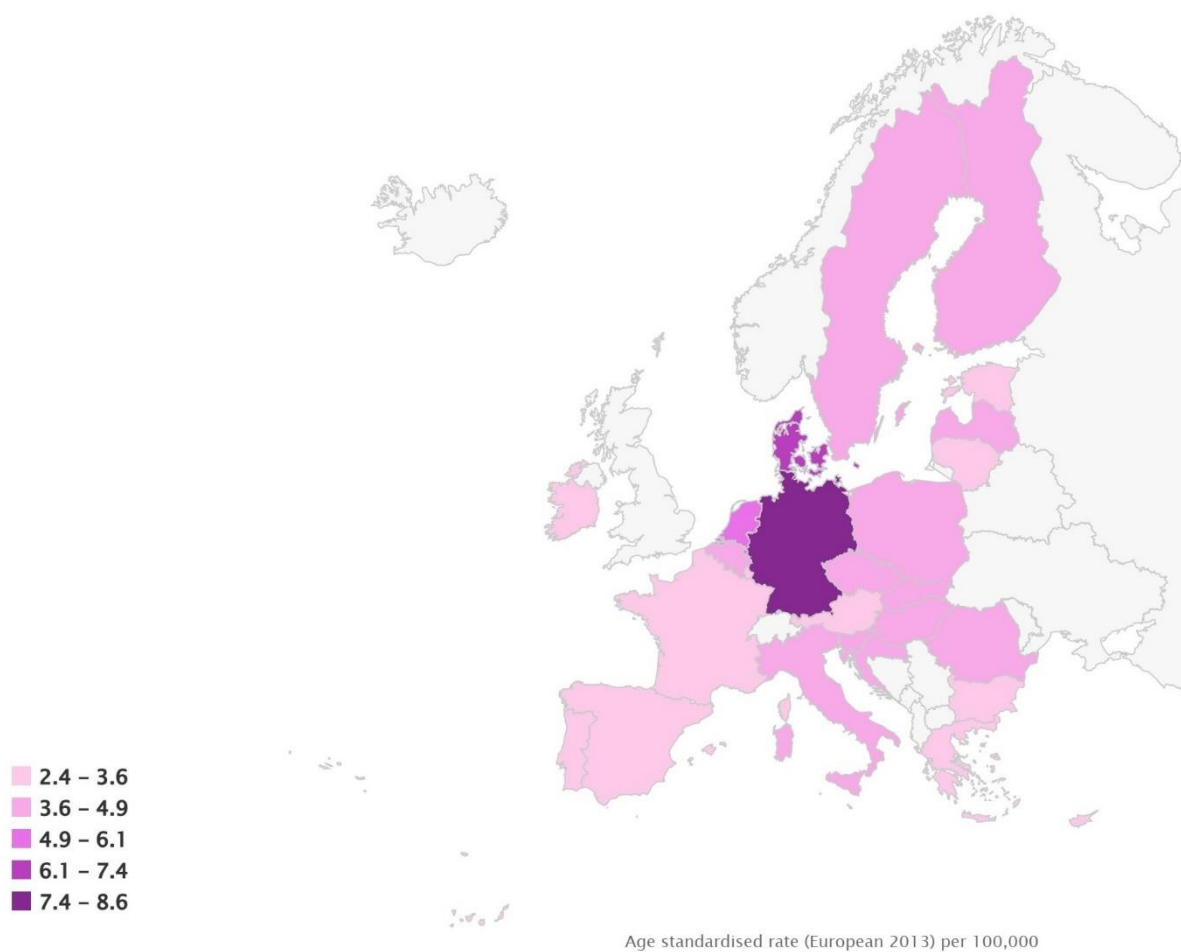
Źródło: opracowanie własne na podstawie: (Global Burden of Disease Study, 2025)

Rak sromu

Zachorowalność na nowotwory sromu w Polsce kształtuje się na podobnym poziomie jak w krajach takich jak: Włochy, Słowacja, Czechy, Węgry i Chorwacja, jakkolwiek w przypadku umieralności Polska znajduje się w grupie państw o najwyższych wskaźnikach, co prezentują poniższe rysunki.

Estimated incidence by country

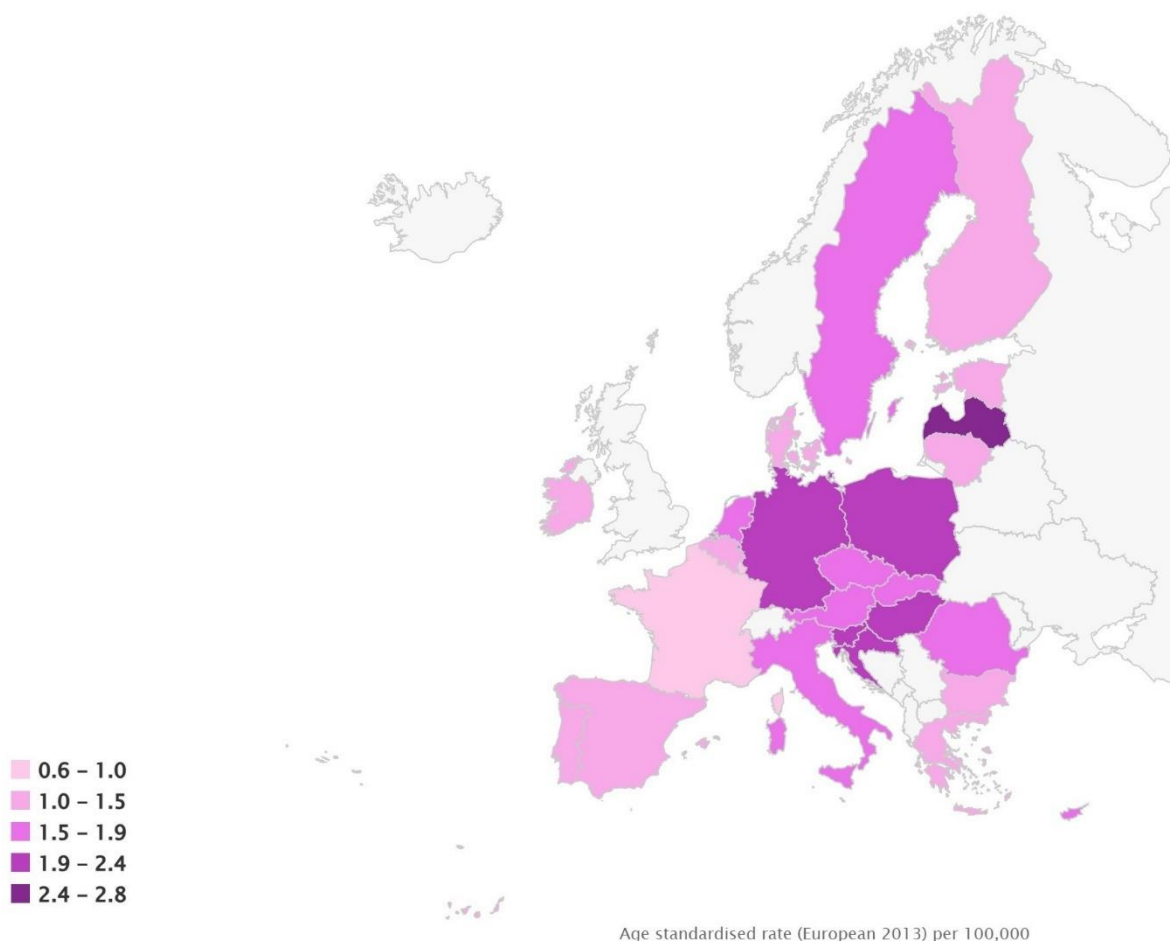
EU27, Female, Vulva, All ages, 2022

**Rysunek 13. Zachorowalność w krajach UE na raka sromu w 2022 roku.**

Źródło: (European Cancer Information System, 2025)

Estimated mortality by country

EU27, Female, Vulva, All ages, 2022



Rysunek 14. Umieralność w krajach UE na raka sromu w 2022 roku.

Źródło: (European Cancer Information System, 2025)

W ramach badania GBD nie ma odrębnego wydzielenia grupy dotyczącej nowotworów sromu – zostały one uwzględnione w pozostałych nowotworach.

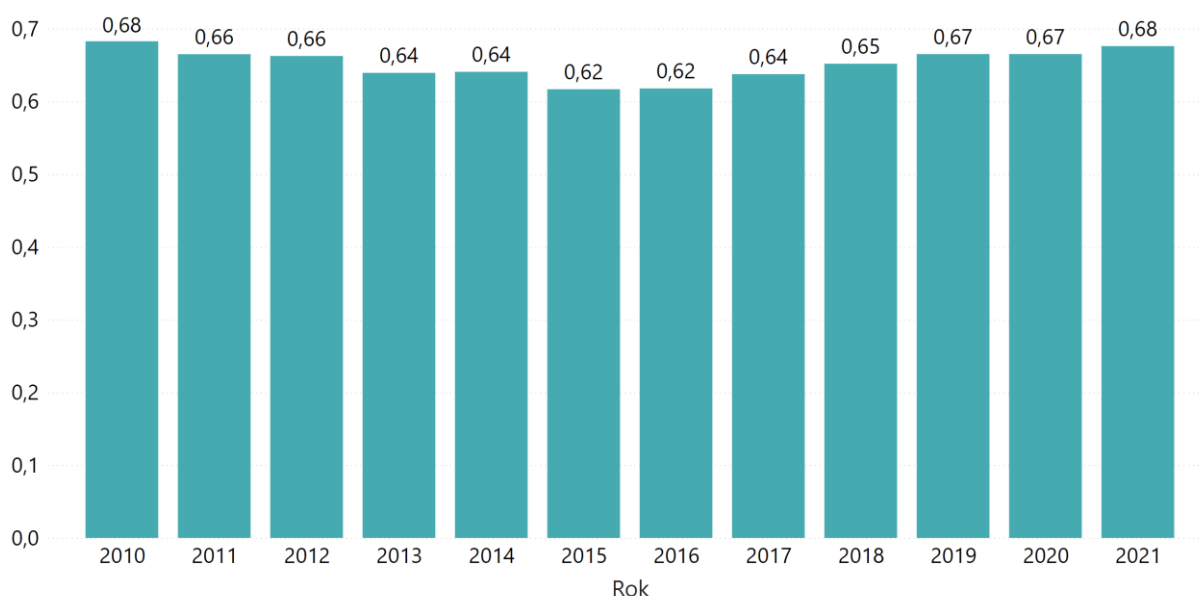
Mięśniaki macicy

Mięśniaki to najbardziej rozpowszechnione nowotwory niezłośliwe macicy. Według szacunków występują one u 20–50% populacji kobiet. U kobiet w wieku prokreacyjnym około 30% mięśniaków daje objawy kliniczne. Diagnoza stawiana jest głównie podczas wykonywania rutynowych badań ginekologicznych (Woźniak S., 2017). Mięśniaki macicy charakteryzują się negatywnym wpływem na jakość życia chorych głównie ze względu na dolegliwości bólowe i obfite krwawienia miesięczne. Mogą być także przyczyną niepłodności. Ich leczenie może mieć charakter operacyjny, farmakologiczny lub łączący te dwie metody (Dębski R., 2012).

Analizując wartości wskaźnika DALY związane z mięśniakami macicy na przestrzeni lat 2010–2021, utrzymują się one na tym samym poziomie. DALY obrazuje jednak obciążenie związane z utratą sprawności, które w przypadku tej jednostki chorobowej jest stosunkowo wysokie. Szczegółowe dane przedstawia Rysunek 15.

Porównanie współczynnika DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021

Mięśniaki macicy

**Rysunek 15. Mięśniaki macicy – współczynnik DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021.***Źródło: opracowanie własne na podstawie: (Global Burden of Disease Study, 2025)***Endometrioza**

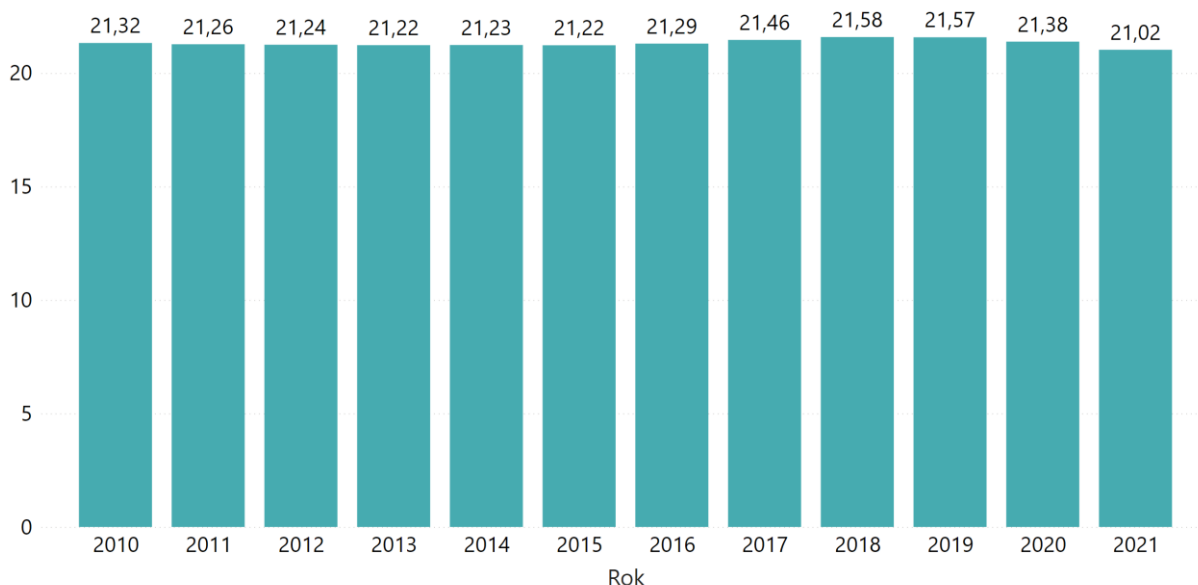
Endometrioza to występowanie błony śluzowej macicy poza jamą macicy, w jajnikach, jajowodach, otrzewnej. Schorzenie to najczęściej dotyka kobiet w wieku rozrodczym, szacunki mówią o 7–15% kobiet miesiączkujących. Patogeneza endometriozy nie jest w pełni znana, potwierdzony jest natomiast jej związek z niepłodnością. Objawy endometriozy to przede wszystkim dolegliwości bólowe w obrębie miednicy mniejszej oraz bolesne miesiączkowanie. Jedną z metod w pełni potwierdzającą diagnozę endometriozy jest laparoscopia wraz z badaniem histopatologicznym. Ponadto skuteczną metodą diagnostyki endometriozy jest test EndoRNA przy użyciu techniki qRT-PCR. Materiał z endometrium jest pobierany w trakcie wizyty u ginekologa metodą biopsji aspiracyjnej. Jego czułość analityczna, czyli zdolność do wykrywania „rzeczywiście” chorych, wynosi do 94% (Janik, 2023).

Wybór metody leczenia endometriozy zależy od umiejscowienia i zaawansowania ognisk zapalnych, wieku pacjentki oraz chęci posiadania dzieci. Leczenie może mieć charakter chirurgiczny (duże zastosowanie mają metody endoskopowe) lub farmakologiczny (Bręborowicz, 2016).

Niewątpliwie występowanie endometriozy łączyć można ze znacznym obniżeniem jakości życia, co widoczne jest w zakresie wartości wskaźnika DALY w latach 2010–2021, co prezentuje Rysunek 16.

Porównanie współczynnika DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010-2021

Endometrioza

**Rysunek 16. Endometrioza – współczynnik DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie: (Global Burden of Disease Study, 2025)

Nietrzymanie moczu

Nietrzymanie moczu (NTM) nie jest odrębną jednostką chorobową, lecz objawem występowania zaburzeń czynnościowych dolnego odcinka dróg moczowych. Szacunki dotyczące rozpowszechnienia tego problemu wskazują, że może on dotyczyć nawet 6% populacji w krajach rozwiniętych, w Polsce może to być nawet ponad 2 mln osób (Ciepiela K., 2019).

Nietrzymanie moczu może być związane z zaburzeniami statyki żeńskich narządów płciowych lub zaburzeniami układu nerwowego. Dotyczy ono głównie pacjentek w wieku menopauzalnym (stanowią one około 60% chorych), a zatem starzenie się społeczeństwa może istotnie wpłynąć na częstość występowania tego schorzenia. Do głównych czynników ryzyka zalicza się m.in.:

- dużą liczbę porodów,
- przebyte operacje ginekologiczne,
- otyłość.

Nietrzymanie moczu może mieć charakter wysiłkowy, wyróżnia się także nagłące nietrzymanie moczu, nietrzymanie moczu z przepełnienia oraz nietrzymanie moczu pozazwieraczowe. Dwa podstawowe typy leczenia to:

- leczenie zachowawcze – pierwszy etap leczenia wszystkich postaci nietrzymania moczu, może mieć charakter terapii behawioralnej (trening pęcherza moczowego), kinezyterapii (ćwiczenie mięśni dna miednicy), farmakoterapii (leczenie hormonalne zwłaszcza u kobiet po menopauzie),
- leczenie operacyjne – stosowane w przypadku braku poprawy po stosowaniu metod zachowawczych. Leczenie operacyjne jest zawsze uzupełniane o zabiegi rehabilitacyjne oraz farmakoterapię, które znacząco poprawiają efekty stosowanej terapii. Dwie główne grupy operacji stosowanych w NTM to zabiegi podpierające i podwieszające. W przypadku operacji podwieszających coraz częściej stosuje się materiały syntetyczne (taśmy) (Bręborowicz,

2016). W 2018 roku do katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego został także włączony zabieg neuromodulacji nerwów krzyżowych.

W ramach badania *Global Burden of Disease* nie zostały wyodrębnione wskaźniki DALY dla nietrzymania moczu. Dane dostępne są jedynie dla kategorii „wypadanie narządów rodnych”, które swoim zakresem jedynie w części łączy się z problemem nietrzymania moczu.

Podkreślenia wymaga fakt, że nietrzymanie moczu jest obecnie poważnym problemem społecznym, związanym nie tylko ze skutkami zdrowotnymi, lecz przede wszystkim wpływającym na obniżenie jakości życia i ograniczenie aktywności na różnych polach – w tym zawodowej. Dodatkowo pacjenci zmagający się z problemem nietrzymania moczu ponoszą często niemałe wydatki związane z koniecznością zakupu środków higieny osobistej.

Niepłodność

Według ogólnych szacunków niepłodność dotyczy 10–15% par w wieku reprodukcyjnym (Bręborowicz, 2016). W Polsce brak jest konkretnych danych – szacuje się, że nawet milion osób może mieć problemy z płodnością, a jej konsekwencje sprawiają, że zaczyna być ona postrzegana jako choroba społeczna. Na płodność kobiet wpływa przede wszystkim wiek, ale również czynniki takie jak np. palenie papierosów. U mężczyzn udowodniony wpływ na zaburzenia w zakresie płodności mają przede wszystkim czynniki środowiskowe. Wyróżnia się dwa rodzaje niepłodności:

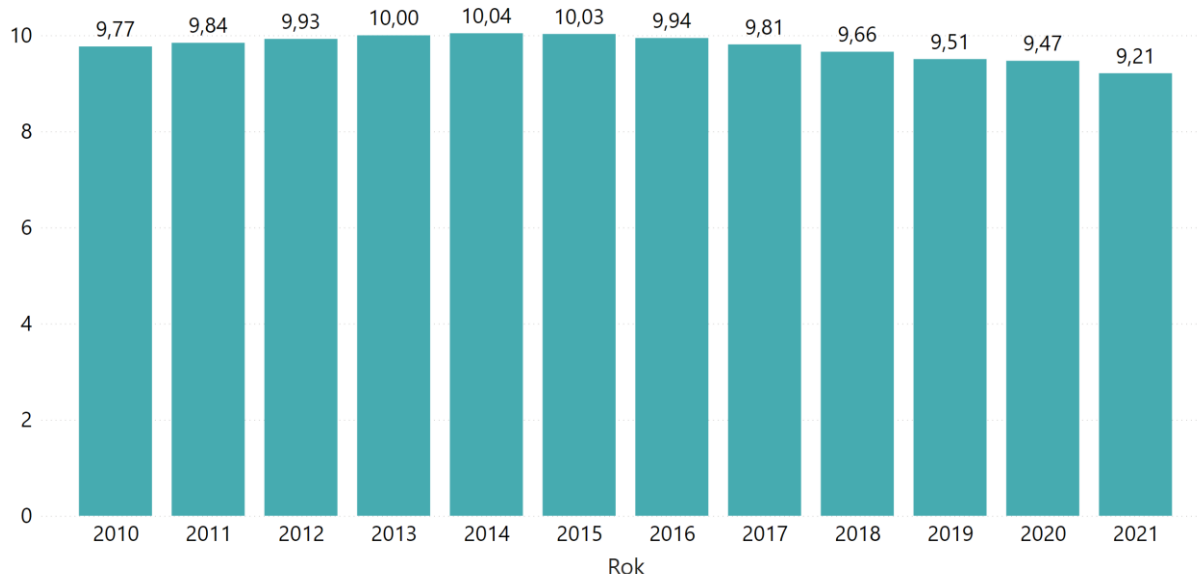
- niemożność zajścia w ciążę,
- niemożność donoszenia ciąży.

Diagnostyka niepłodności jest kombinacją wywiadu oraz badań nasienia, ultrasonograficznych, hormonalnych, immunologicznych. U niektórych pacjentek wykonywana jest także laparoscopia, która pozwala ocenić stan anatomiczny jamy brzusznej. Metody leczenia niepłodności to przede wszystkim farmakoterapia, leczenie chirurgiczne oraz różnego typu techniki rozrodu wspomaganego medycznie. W przypadku niepłodności ważną rolę odgrywają aspekty psychospołeczne. Według badań tak zwany „stres niepłodności” jest porównywalny ze stresem związanym ze zdiagnozowaniem choroby nowotworowej lub przebyciem ostrego zespołu wieńcowego (Bręborowicz, 2016).

Niepłodność nie jest typową jednostką chorobową, która może doprowadzić do zgonu, jednak ma wpływ na jakość życia. Na przestrzeni 12 analizowanych lat widoczny jest spadek wskaźnika DALY związanego z niepłodnością, co obrazuje Rysunek 17.

Porównanie współczynnika DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010-2021

Niepłodność kobieca

**Rysunek 17. Niepłodność kobieca – współczynnik DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie: (Global Burden of Disease Study, 2025)

Poronienia

Najczęściej przeprowadzanym zabiegiem w przypadku poronienia jest łyżeczkowanie macicy, które służy usunięciu niekompletnego poronienia. Wykonywane jest w znieczuleniu miejscowym. Zabieg odbywa się w 3 etapach:

- 1) sondaż macicy,
- 2) rozszerzenie kanału szyjki macicy,
- 3) łyżeczkowanie.

Pod koniec zabiegu, aby przyspieszyć obkurczanie macicy po zabiegu, wstrzykuje się ampułkę metyloergometryny. Regeneracja endometrium trwa około 4 dni po procedurze (Bręborowicz, 2016).

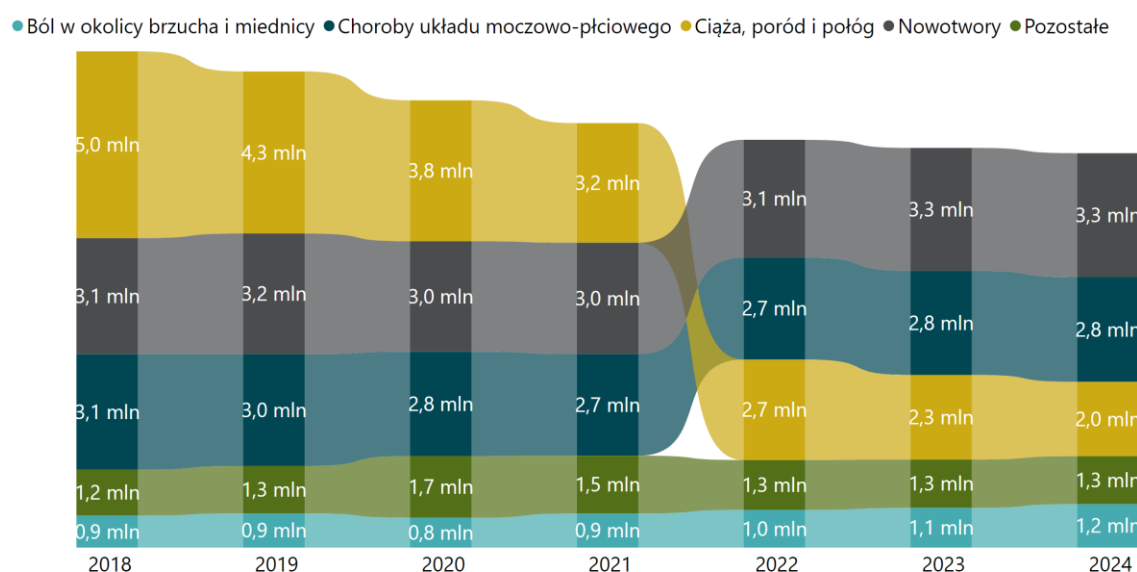
Przeprowadzanie zabiegów indukcji poronienia jest wykonywane wyłącznie w przypadku spełnienia warunków, o których mowa w zapisach ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1575). Liczba zrealizowanych JGP M17 *Indukcja poronienia* wynika jedynie z wystąpienia warunków wymienionych w przepisach prawa. Najczęściej wykazywaną procedurą jest 99.295 *Podanie preparatu w celu zakończenia ciąży*. W części hospitalizacji było także wykonane łyżeczkowanie jamy macicy po poronieniu, które wykonywane jest na podobnych zasadach co diagnostyczne łyżeczkowanie ścian kanału szyjki macicy i jamy macicy.

Pozostałe choroby żeńskiego układu rozrodczego obejmują choroby zapalne i niezapalne, wady wrodzone, aberracje chromosomowe i inne. W przypadku chorób zapalnych postępowanie opiera się na leczeniu zachowawczym, głównie antybiotykoterapii zgodnie z wynikiem posiewu. W przypadku wad wrodzonych po diagnostyce, na którą składają się przede wszystkim badanie ginekologiczne oraz ultrasonografia, podejmuje się decyzję o sposobie leczenia. Najczęściej jest to leczenie operacyjne odpowiadające swoim zakresem rodzajowi wady i związanych z nią innych stanów chorobowych, np. zapaleń (Bręborowicz, 2016).

Kontekst społeczny

Absencja chorobowa związana z chorobami żeńskiego układu rozrodczego, dla jednostek chorobowych, które zostały wskazane w katalogu sekcji M wynosiła łącznie 10 542 428 dni, co stanowiło 4,39% łącznej liczby dni absencji chorobowej w 2024 roku. W latach 2018–2021 największa liczba nieobecności chorobowej była wynikiem ciąży, porodu lub połogu, a od 2022 roku dominują absencje spowodowane chorobami nowotworowymi. Łączną liczbę dni absencji w poszczególnych grupach chorób w latach 2018–2024 przedstawia poniższy rysunek.

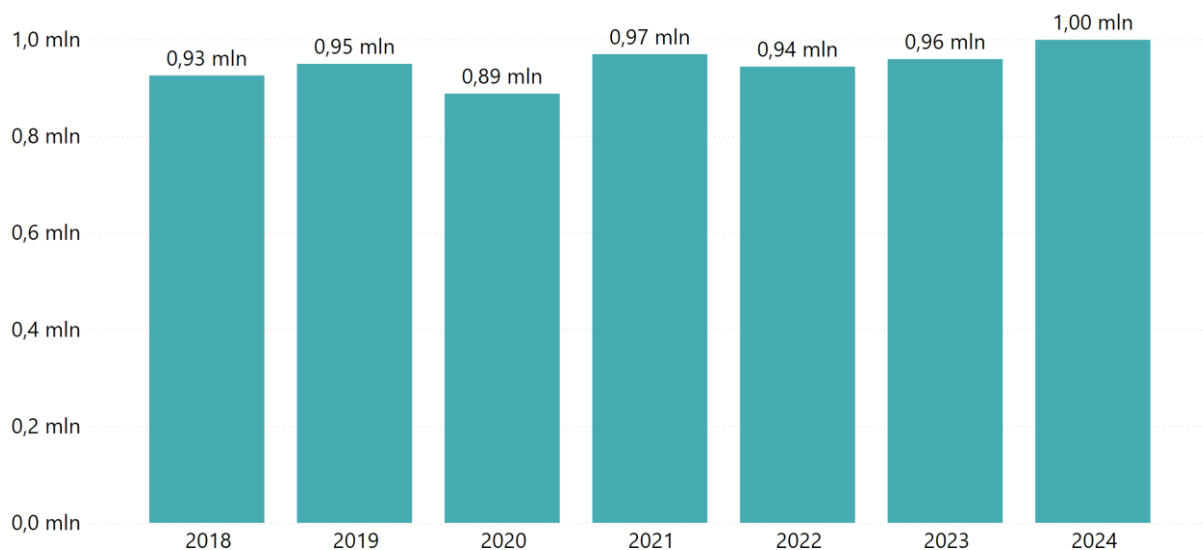
Liczba dni absencji chorobowej z powodu chorób żeńskiego układu rozrodczego w latach 2018-2024



Rysunek 18. Liczba dni absencji chorobowej z powodu chorób żeńskiego układu rozrodczego w latach 2018–2024.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Liczba zwolnień lekarskich wystawionych z powodu chorób żeńskiego układu rozrodczego, dla jednostek chorobowych, które zostały wskazane w katalogu sekcji M wahała się od 887,6 tys. w 2010 roku do 998,8 tys. w 2024 roku.

Liczba zwolnień lekarskich z powodu chorób żeńskiego układu rozrodczego w latach 2018-2024**Rysunek 19. Liczba zwolnień lekarskich z powodu chorób żeńskiego układu rozrodczego w latach 2018–2024.***Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS*

2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce

Rozporządzenie Ministra Zdrowia

Szczegółowe warunki realizacji świadczeń z zakresu leczenia chorób żeńskiego układu rozrodczego zostały określone w załączniku nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.). Wymagania dla zakresów, w których możliwa jest realizacja przedmiotowych świadczeń, przedstawia załącznik nr 2 do raportu.

Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń z sekcji M Choroby żeńskiego układu rozrodczego określają zapisy *zarządzenia nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne* zmienionego zarządzeniami: 53/2024/DSOZ, 68/2024/DSOZ, 99/2024/DSOZ, 107/2024/DSOZ, 120/2024/DSOZ, 6/2025/DSOZ, 32/2025/DSOZ. Załącznik 1a stanowi katalog grup wraz z wyceną oraz informacją o możliwości ich realizacji w poszczególnych zakresach świadczeń.

Realizacja wszystkich grup sekcji M możliwa jest w ramach zakresów: położnictwo i ginekologia, położnictwo i ginekologia – drugi poziom referencyjny, położnictwo i ginekologia – trzeci poziom referencyjny oraz ginekologia onkologiczna. Realizacja grup zabiegowych możliwa jest również w oddziałach chirurgii dziecięcej, chirurgii onkologicznej, chirurgii onkologicznej dla dzieci, chirurgii onkologicznej specjalistycznej a także w ramach urologii, urologii dla dzieci, urologii specjalistycznej. W przypadku grup zachowawczych istnieje możliwość rozliczenia niektórych z nich w ramach zakresu endokrynologia, endokrynologia dla dzieci, endokrynologia dla dzieci specjalistyczna oraz onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna i onkologia kliniczna specjalistyczna (Tabela 2).

Tabela 2 Zakresy świadczeń sekcji M

Kod grupy i nazwa grupy	Zakres świadczeń												
	chirurgia dziecięca	chirurgia ogólna	chirurgia onkologiczna/ chirurgia onkologiczna dla dzieci	chirurgia onkologiczna specjalistyczna	endokrynologia/ endokrynologia dla dzieci	endokrynologia dla dzieci specjalistyczna	ginekologia onkologiczna	onkologia i hematologia dziecięca	onkologia kliniczna	onkologia kliniczna specjalistyczna	położnictwo i ginekologia / poł. i gin. - drugi p. ref. / poł. i gin. - trzeci p. ref.	urologia/ urologia dla dzieci	urologia specjalistyczna
M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	1		3	1			1				3	3	1
M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	1		3	1			1				3	3	1
M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	1		3	1			1				3	3	1
M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	1		3	1			1				3	3	1
M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	1		3	1			1				3	3	1
M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*	1		3	1			1				3	3	1
M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	1		3	1			1				3	3	1
M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	1		3	1			1				3	3	1
M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	1		3	1			1				3	3	1
M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	1		3	1			1				3	3	1
M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	1		3	1			1				3	3	1
M16 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej *							1				3		
M17 Indukcja poronienia							1				3		
M18 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego							1	1	1	1	3	3	1
M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodnego							1				3	3	1
M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	1		3	1			1				3	3	1

Kod grupy i nazwa grupy	Zakres świadczeń												
	chirurgia dziecięca	chirurgia ogólna	chirurgia onkologiczna/ chirurgia onkologiczna dla dzieci	chirurgia onkologiczna specjalistyczna	endokrynologia/ endokrynologia dla dzieci	endokrynologia dla dzieci specjalistyczna	ginekologia onkologiczna	onkologia i hematologia dziecięca	onkologia kliniczna	onkologia kliniczna specjalistyczna	położnictwo i ginekologia / poł. i gin. - drugi p. ref. / poł. i gin. - trzeci p. ref.	urologia/ urologia dla dzieci	urologia specjalistyczna
M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	1		3	1			1				3	3	1
M26 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego					3	1	1	1	1	1	3		
M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej	1	1	3		3	1	1	1	1	1	3	3	
M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni							1	1	1	1	3	3	1
M29 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw							1	1	1	1	3	3	1
M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego	1	1	3		3	1	1	1	1	1	3	3	
M31 Leczenie niepłodności żeńskiej											3		

Źródło: Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 120/2024/DSOZ Prezesa NFZ

„Leczenie jednego dnia” jest możliwe w przypadku małych (M04 *Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego* i M15 *Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego*) i średnich zabiegów (M03 *Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego* i M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego*), a także zabiegów wykonywanych w przypadku nietrzymania moczu (M05).

Dla ponad połowy grup wyznaczono wartość punktową hospitalizacji dla pobytów 0, 1 lub 2 dniowych. Nie zastosowano jej w przypadku produktów dedykowanych zabiegom kompleksowym (M01, M06, M11 i M20), bardzo dużym zabiegom (M12 i M21), dużym zabiegom dolnej części układu rozrodczego (M02), leczeniu zachowawczemu nowotworów złośliwych układu rozrodczego z powikłaniami > 4 dni (M28), leczeniu chirurgicznemu nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego (M22R), indukcji poronienia (M17) oraz leczeniu niepłodności żeńskiej (M31), przy czym dwie ostatnie grupy charakteryzują się bardzo krótkimi 0–2 dniowymi hospitalizacjami.

Szczegółowy zakres grup rozliczeniowych oraz wycen poszczególnych produktów w ramach sekcji M prezentuje Tabela 3 (strona 29)

Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 120/2024/DSOZ Prezesa NFZ zawiera charakterystykę JGP M01–M06, M11–M21, M26–M31 obejmującą parametry służące do wyznaczenia grupy, w tym rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10) oraz procedury medyczne według wskazanej przez NFZ wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9 CM). Szczegółowy wykaz procedur medycznych i rozpoznań, definiujący daną grupę, zawarty w charakterystyce JGP znajduje się w załączniku nr 3 do raportu.

Tabela 3 Katalog świadczeń szpitalnych – sekcja M

Kod grupy	Kod produktu	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji dzień przyjęcia = dzień wypisu - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 1-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 2-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Uwagi
Nazwa grupy										
M01	5.51.01.0012001	14 483	13 324		50				334	- w przypadku leczenia onkologicznego zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b
Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *										
M02	5.51.01.0012002									
Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *		4 511	4 151		14			334		
M03	5.51.01.0012003	1 448	1 333	1 231		1 333	1 371	1 410		
Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *										
M04	5.51.01.0012004	557	512	474		512	527	542		
Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *										
M05	5.51.01.0012005	3 581	3 295	3 043	11	3 295	3 390	3 486	334	
Zabiegi w nietrzymaniu moczu*										
M06	5.51.01.0012006	16 098	14 810		50				334	- w przypadku leczenia onkologicznego zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b
Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*										
M11	5.51.01.0012011	16 377	15 067		14				334	
Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *										

Kod grupy	Kod produktu	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji dzień przyjęcia = dzień wypisu - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 1-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 2-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Uwagi
Nazwa grupy										
M12	5.51.01.0012012	9 191	8 457		14				334	- w przypadku leczenia onkologicznego zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b
Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *										
M13	5.51.01.0012013	3 787	3 484		13	3 484	3 585	3 686	334	
Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *										
M14	5.51.01.0012014	2 618	2 408	2 226	8	2 408	2 478	2 548	278	
Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *										
M15	5.51.01.0012015	891	820	757		820	844	867		
Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *										
M16	5.51.01.0012016	1 559	1 434			1 114	1 262	1 411		
Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*										
M17	5.51.01.0012017	1 448	1 333							- zgodnie z ustawą z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 1993 r.
Indukcja poronienia										

Kod grupy	Kod produktu	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji dzień przyjęcia = dzień wypisu - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 1-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 2-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Uwagi
Nazwa grupy										
										Nr 17, poz. 78 z późn. zm.)
M18	5.51.01.0012018	1 002	923		5	502	669	835	222	
Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego										
M19	5.51.01.0012019	1 002	923		5	502	669	835	222	
Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodneho										
M20	5.51.01.0012020	16 433	15 118		14				334	- w przypadku leczenia onkologicznego zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b
Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*										
M21	5.51.01.0012021	10 194	9 378		14				334	- w przypadku leczenia onkologicznego zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3b
Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*										
M26	5.51.01.0012026	891	820		5	446	594	743	167	
Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego										

Kod grupy	Kod produktu	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji dzień przyjęcia = dzień wypisu - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 1-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 2-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Uwagi
Nazwa grupy										
M27	5.51.01.0012027	2 479	2 280		11	1 240	1 653	2 066	353	
Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej										
M28	5.51.01.0012028	4 568	1 628		16				334	
Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni										
M29	5.51.01.0012029	1 894	1 743		16	946	1 262	1 578	278	
Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw										
M30	5.51.01.0012030	1 771	1 629		15	886	1 181	1 476	236	
Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego										
M31	5.51.01.0012031	278	256							
Leczenie niepłodności żeńskiej										

Źródło: Załącznik nr 1a do zarządzenia nr 23/2024/DSOZ Prezesa NFZ

Produkty do sumowania

Załącznik nr 2 do zarządzenia nr 32/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2025 r. zmieniającego zarządzenie 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 (katalog 1c) wskazuje produkt dedykowany do sumowania dla określonych JGP z sekcji M:

- Opieka psychologiczna (5.53.01.0005010)
 - wartość punktowa: 108,
 - zakresy świadczeń: położnictwo i ginekologia/ położnictwo i ginekologia - drugi poziom referencyjny/ położnictwo i ginekologia - trzeci poziom referencyjny,
 - dedykowane do sumowania dla JGP M16 *Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej**.

Współczynniki korygujące

Zgodnie z zarządzeniem nr 37/2024/DSOZ dla świadczeniodawców udzielających świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r.ż., w zakresie onkologia i hematologia dziecięca, wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) dla wskazanego zakresu korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.

Dla świadczeniodawców, w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r.ż., którzy zrealizowali JGP M02 *Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego **, wymienione w załączniku nr 3d do zarządzenia, a w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, udział tych świadczeniodawców w realizacji JGP na rzecz świadczeniobiorców poniżej 18 r.ż. przekroczył 10% wszystkich zrealizowanych na rzecz tych świadczeniobiorców JGP, wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy), korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.

Dla świadczeniodawców realizujących w danym okresie rozliczeniowym umowy w zakresie chirurgicznego leczenia onkologicznego, radioterapii onkologicznej oraz chemioterapii, w sytuacji rozliczania hospitalizacji w zakresie chirurgii onkologicznej, wartość JGP o charakterze zabiegowym korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,17.

W ramach rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, wydanych w latach 2023 i 2024, wprowadzono współczynniki pomostowe dla wybranych grup z sekcji M Choroby żeńskiego układu rozrodczego (Tabela 4).

Tabela 4 Katalog wybranych JGP objętych współczynnikiem korygującym

Kod grupy	Nazwa grupy	Współczynnik korygujący
M15	Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego*	1,15
M03	Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego*	1,2
M04	Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego*	1,2
M13	Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego*	1,2
M14	Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego*	1,2

Źródło: Załącznik nr 9 do zarządzenia nr 68/2024/DSOZ Prezesa NFZ

Katalog produktów odrębnych

Finansowanie zabiegów w zaburzeniach statyki narządu rodno z użyciem materiału syntetycznego możliwe jest również w ramach produktu z Katalogu produktów odrębnych.

Tabela 5 Katalog produktów odrębnych - zabiegi w zaburzeniu statyki narządu rodno

Kod i nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Zakresy świadczeń			Tryb realizacji świadczeń	Uwagi
		położnictwo i ginekologia / poł. i gin. - drugi p. ref. / poł. i gin. - trzeci p. ref.	urologia/ urologia dla dzieci	urologia specjalistyczna	hospitalizacja	
5.52.01.0001503 Zabiegi w zaburzeniu statyki narządu rodno z użyciem materiału syntetycznego	3 990	X	X	X	X	wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego wg ICD-10: N81

Źródło: Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 32/2025/DSOZ Prezesa NFZ

Pakiet onkologiczny

W ramach pakietu onkologicznego możliwa jest realizacja 11 JGP z sekcji M. Świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego noszą znamiona opieki koordynowanej. Realizacja zabiegów jest częścią „szybkiej ścieżki onkologicznej”, w ramach której pacjentki po diagnostyce podstawowej/ pogłębionej są kwalifikowane do zabiegów chirurgicznych. Następnie, jeśli zawiera to określony plan leczenia, są one kierowane do dalszej terapii (chemioterapia, radioterapia lub chemioradioterapia). Całość procesu integruje ze sobą część ambulatoryjną, szpitalną oraz dodatkową terapię.

Zgodnie z postanowieniami zarządzenia Prezesa NFZ: „Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń na podstawie karty DiLO, którzy w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, zrealizowali świadczenia w rozpoznaniach i co najmniej w liczbie określonej w załączniku nr 3c do zarządzenia, wartość tych produktów rozliczeniowych ze wskazanymi rozpoznaniem korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25.” Zapis ten dotyczy m. in. nowotworów jajnika oraz macicy. Szczegóły przedstawia Tabela 6.

Tabela 6 Współczynniki korygujące dla nowotworów żeńskiego układu rodno

Nowotwór	Rozpoznanie zasadnicze ICD-10	JGP	Liczba zabiegów	Współczynnik korygujący
Nowotwór złośliwy jajnika	C56	M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw	30	1,25
		M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw		
		M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw		
		M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw		
Nowotwór złośliwy macicy	C53 – C55	M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw	60	1,25
		M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw		

Nowotwór	Rozpoznanie zasadnicze ICD-10	JGP	Liczba zabiegów	Współczynnik korygujący
		M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw		
		M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw		

Źródło: opracowanie własne na podstawie załącznika nr 3c do zarządzenia 37/2024/DSOZ.

Zabiegi, których realizacja jest możliwa w ramach pakietu onkologicznego, zostały wymienione w Załączniku 3b do Zarządzenia. Wskazane są w nim konkretne produkty rozliczeniowe dla poszczególnych JGP wraz z podaniem kodów zakresów świadczeń, w których możliwe jest ich rozliczenie. Produkty rozliczeniowe dla hospitalizacji zostały przedstawione w załączniku nr 4 do niniejszego raportu.

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 (dalej: procedury jednoimienne).

Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń ambulatoryjnych zostały określone w zarządzeniu nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. W poniższej tabeli przedstawiono porównanie wartości punktowych świadczeń rozliczanych w ramach ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych (AOS) z wartością punktową świadczeń rozliczanych w ramach JGP w leczeniu szpitalnym.

Tabela 7 Procedury możliwe do realizacji w warunkach ambulatoryjnych

Kod i nazwa JGP	Wartość punktowa JGP	Kod ICD-9 i nazwa procedury	Kod i nazwa świadczenia AOS	Wartość punktowa AOS
M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	557	67.11 Biopsja kanału szyjki macicy	Z107 Świadczenia zabiegowe - grupa 107	439
		67.12 Wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa)		
		67.31 Marsupializacja torbieli szyjki macicy		
		70.13 Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych		
		71.01 Uwolnienie zrostów sromu		
		71.091 Powiększenie wejścia do pochwy		
		71.23 Marsupializacja torbieli gruczołu Bartholina		
		71.3 Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza		
		67.39 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy – inne	Z110 Świadczenia zabiegowe - grupa 110	259
		70.24 Biopsja pochwy		
		71.099 Nacięcie sromu/krocza – inne		
		71.11 Biopsja sromu	Z58 Świadczenia zabiegowe - grupa 58	346
		71.22 Nacięcie torbieli gruczołu Bartholina		

Kod i nazwa JGP	Wartość punktowa JGP	Kod ICD-9 i nazwa procedury	Kod i nazwa świadczenia AOS	Wartość punktowa AOS
M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	1 448	67.2 Konizacja szyjki macicy	Z24 Świadczenia zabiegowe - grupa 124	901
M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	2 618	68.232 Histeroskopowa ablacja endometrium		
M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	891	66.8 Przedmuchiwanie i przepłukiwanie jajowodu	Z23 Świadczenia zabiegowe - grupa 23	647
		68.12 Histeroskopia diagnostyczna		
		68.231 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy		
		69.03 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne		
		69.04 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – lecznicze		
		69.59 Inne aspiracyjne łyżeczkowanie macicy		

Źródło: opracowanie własne na podstawie załącznika nr 1a do zarządzenia nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2024 r. oraz na podstawie załącznika nr 5a do zarządzenia nr 132/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2024 r.

2.3. Analiza popytu i podaży

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

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

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 prowadzona jest zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 610 z późn. zm.). Należy jednak mieć na względzie fakt, iż listy oczekujących prowadzone są, z wyjątkiem kilku przypadków, do komórki organizacyjnej (oddziału, pracowni), a nie do konkretnego świadczenia. Dlatego też uzyskanie dokładnych i miarodajnych informacji w tym zakresie jest niemożliwe.

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

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

Źródłem informacji popytowo-podażowych były także mapy potrzeb zdrowotnych.

Leczenie szpitalne

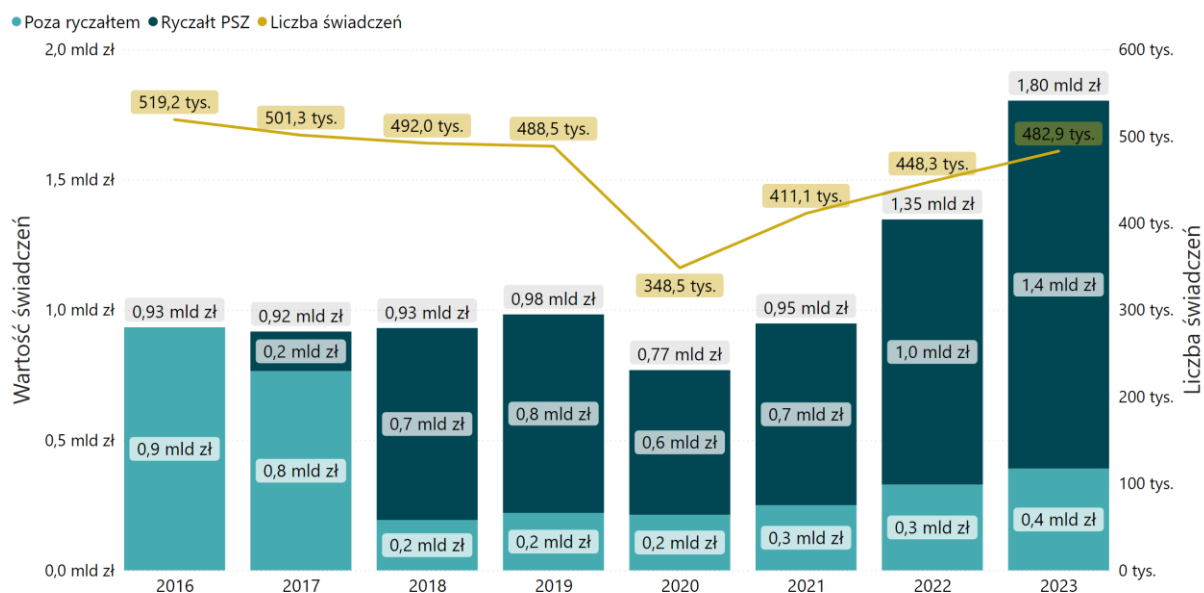
W 2023 roku Oddziały Wojewódzkie NFZ zawarły umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na realizację grup z sekcji M z 489 świadczeniodawcami, którzy zrealizowali 482 933 świadczeń o wartości 1,8 mld zł, co stanowiło 2,21% łącznej wartości świadczeń rozliczanych w ramach systemu JGP.

W latach 2016–2020, mimo obserwowanego systematycznego spadku liczby realizowanych świadczeń z obszaru chorób żeńskiego układu rozrodczego, łączna wartość tych świadczeń rosła. W 2020 roku odnotowano najmniejszą liczbę świadczeń, co jest efektem ogólnego ograniczenia korzystania ze świadczeń zdrowotnych wywołanego przez pandemię COVID-19. Na przestrzeni kolejnych lat odnotowano wzrost zarówno liczby udzielanych świadczeń, jak i ich łącznej wartości,

który w 2023 roku osiągnął poziom 483 tys. świadczeń o wartości 1,8 mld zł. Ogólną liczbę i wartość zrealizowanych świadczeń w JGP z sekcji M prezentuje rysunek poniżej (Rysunek 20).

Liczba i wartość świadczeń z sekcji M w poszczególnych latach

Dane za lata 2016-2023



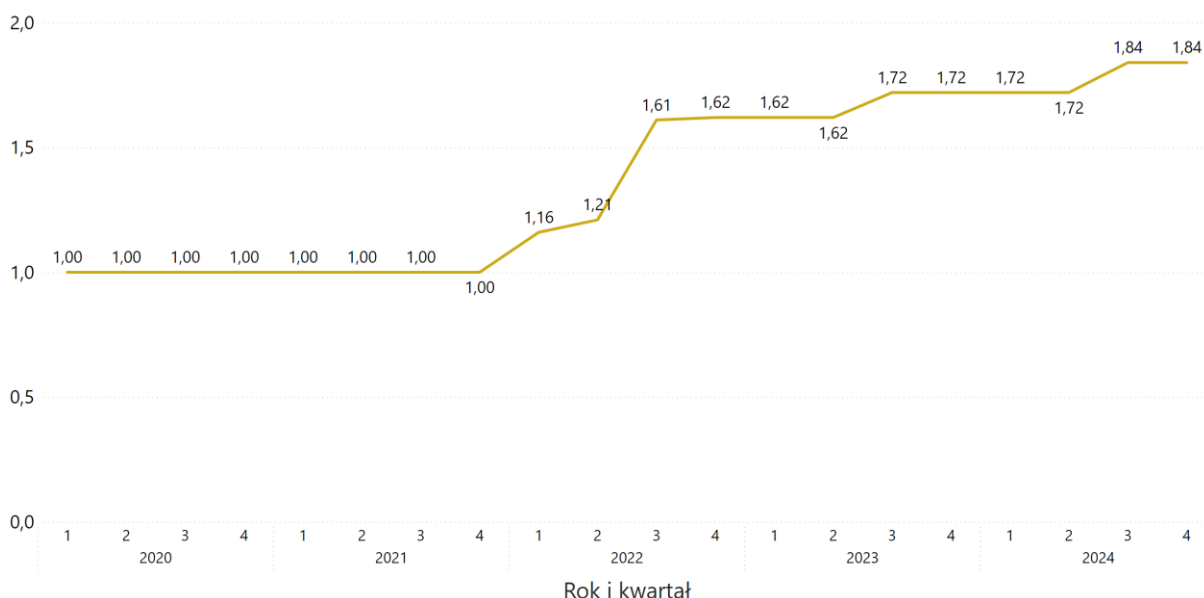
Rysunek 20. Liczba i wartość zrealizowanych świadczeń z sekcji M w latach 2016–2023.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Obserwowany w ostatnich latach wzrost wartości świadczeń był w dużej mierze rezultatem wzrostu ceny jednostki rozliczeniowej, co szczególnie widoczne było w przypadku świadczeń realizowanych w ramach ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ). W 2023 roku aż 89% świadczeń z zakresu chorób żeńskiego układu rozrodczego było finansowanych w ramach tego właśnie modelu. Od momentu wprowadzenia sieci szpitali w 2017 roku do końca 2021 roku cena punktu utrzymywała się na stałym poziomie. Dopiero od 2022 roku następował jej stopniowy wzrost, w szczególności w związku z wprowadzeniem regulacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. W rezultacie, w analizowanym okresie, cena jednostki rozliczeniowej ryczałtu PSZ wzrosła o 84% osiągając 1,84 zł za punkt. Ewolucję ceny punktu prezentuje Rysunek 21.

Średnia cena jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ

Dane od 2020 roku

**Rysunek 21. Cena jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ**

Źródło: opracowanie własne

Warto zaznaczyć, że zmiana ceny jednostki rozliczeniowej nie miała jednakowego wpływu na wszystkie grupy świadczeń. Największy wzrost wartości nominalnych nastąpił w grupach, które charakteryzowały się wyjściową wysoką wartością punktową — wzrost ceny jednostki skutkował u nich proporcjonalnie większym przyrostem wartości finansowania. Z kolei w grupach o najniższych wartościach punktowych nominalny wzrost był znacznie niższy. W przypadku zabiegów kompleksowych wzrost wartości świadczenia przekroczył 10 tys. zł, podczas gdy dla małych zabiegów zmiana ta wyniosła zaledwie kilkaset złotych. Nierównomierność tego efektu została zobrazowana na poniższym rysunku.

Zmiana refundacji dla JGP w wyniku zmiany ceny jednostki rozliczeniowej

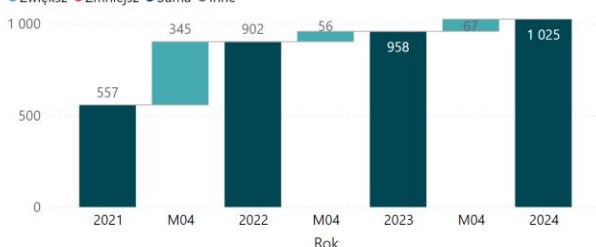
Refundacja na koniec roku w ryczałcie PSZ

M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*

● Zwiększ ● Zmniejsz ● Suma ● Inne

**M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego ***

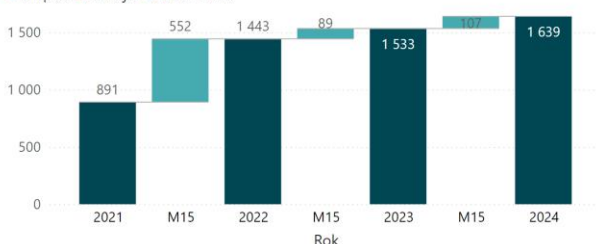
● Zwiększ ● Zmniejsz ● Suma ● Inne

**M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw***

● Zwiększ ● Zmniejsz ● Suma ● Inne

**M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego ***

● Zwiększ ● Zmniejsz ● Suma ● Inne

**Rysunek 22. Zmiana refundacji NFZ w wyniku zmiany ceny jednostki rozliczeniowej dla wybranych grup zabiegów**

Źródło: opracowanie własne

Produkty zgrupowane w sekcji M dotyczą szerokiego spektrum leczenia chorób żeńskiego układu rozrodczego. Najwięcej hospitalizacji zostało rozliczonych w grupach M15 *Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego**, M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego**, M16 *Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej**, M13 *Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego** i M02 *Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego** (łącznie liczba hospitalizacji rozliczonych tymi JGP stanowiła 78,7% wszystkich zrealizowanych pobytów w ramach sekcji M). Spośród poszczególnych JGP w 2023 roku największy udział w liczbie zrealizowanych hospitalizacji dotyczył grup o charakterze zabiegowym (91% wszystkich hospitalizacji). Szczegółowe dane dotyczące realizacji poszczególnych grup przedstawia Tabela 8.

Tabela 8 Liczba zrealizowanych hospitalizacji dla poszczególnych JGP z sekcji M w 2023 r.

Kod grupy	Nazwa grupy	Liczba hospitalizacji w 2023 r.	% udział w całości sekcji M
M01	Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	331	0,07%
M02	Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	33 400	6,92%
M03	Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	14 818	3,07%
M04	Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	25 577	5,30%
M05	Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	8 410	1,74%
M06	Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*	82	0,02%
M11	Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	6 502	1,35%
M12	Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	1 045	0,22%
M13	Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	44 957	9,31%
M14	Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	112 564	23,31%
M15	Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	134 011	27,75%
M16	Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*	55 245	11,44%
M17	Indukcja poronienia	504	0,10%
M18	Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego	1 739	0,36%
M19	Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodneho	3 055	0,63%
M20	Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw *	1 357	0,28%
M21	Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw *	166	0,03%
M26	Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	13 127	2,72%
M27	Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej	5 741	1,19%
M28	Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni	747	0,15%
M29	Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw	8 305	1,72%
M30	Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego	10 782	2,23%
M31	Leczenie niepłodności żeńskiej	468	0,10%
Razem		482 933	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Największy udział w wartości świadczeń z sekcji M w 2023 roku miała grupa M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego**, na którą wydatkowano 467 mln zł, co stanowiło 25,92% udziału w całości wydatków na świadczenia w sekcji M. Szczegółowe dane dotyczące wartości poszczególnych grup przedstawia Tabela 9.

Tabela 9 Wartość zrealizowanych świadczeń w poszczególnych JGP z sekcji M w 2023 roku

Kod grupy	Nazwa grupy	Wartość świadczeń w 2023 roku [zł]	% udział w całości sekcji M
M01	Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	7 874 796	0,44%
M02	Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	256 207 882	14,21%
M03	Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	33 848 140	1,88%
M04	Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	22 354 559	1,24%
M05	Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	48 707 263	2,70%
M06	Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*	2 144 412	0,12%
M11	Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	192 890 047	10,70%
M12	Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	15 953 899	0,88%
M13	Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	287 944 271	15,97%
M14	Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	467 411 478	25,92%
M15	Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	202 324 980	11,22%
M16	Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*	126 324 560	7,00%
M17	Indukcja poronienia	1 245 837	0,07%
M18	Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego	2 570 141	0,14%
M19	Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodno	3 968 285	0,22%
M20	Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	42 659 833	2,37%
M21	Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	2 894 882	0,16%
M26	Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	14 041 224	0,78%
M27	Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej	22 851 709	1,27%
M28	Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni	5 759 154	0,32%
M29	Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw	19 034 298	1,06%
M30	Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego	24 228 007	1,34%
M31	Leczenie niepłodności żeńskiej	219 770	0,01%
Razem		1 803 459 427	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Analiza JGP w ramach sekcji M, ze względu na zróżnicowany charakter schorzeń w niej ujętych, została na potrzeby niniejszego raportu podzielona na obszary anatomiczne oraz grupy chorób. Podział ten przedstawia Tabela 10. Szczegółowe informacje dotyczące realizacji poszczególnych grup z sekcji M przedstawione zostały w załączniku nr 5 do raportu.

Tabela 10 Podział sekcji M na grupy świadczeń

Lp.	Obszar anatomiczny/ grupy chorób	Grupy rozliczeniowe
1.	Górna część układu rozrodczego	<ul style="list-style-type: none"> • Kompleksowe zabiegi: M11, M20 • Bardzo duże zabiegi: M12, M21 • Duże zabiegi: M13 • Średnie zabiegi: M14 • Małe zabiegi: M15 • Leczenie zachowawcze: M26
2.	Dolna część układu rozrodczego	<ul style="list-style-type: none"> • Kompleksowe zabiegi: M01, M06 • Duże zabiegi: M02 • Średnie zabiegi: M03 • Małe zabiegi: M04 • Leczenie zachowawcze: M18

Lp.	Obszar anatomiczny/ grupy chorób	Grupy rozliczeniowe
3.	Związane z zakończeniem ciąży	<ul style="list-style-type: none"> • Zakończenie ciąży obumarłej: M16 • Indukcja poronienia: M17
4.	Leczenie nowotworów złośliwych układu rozrodczego	<ul style="list-style-type: none"> • Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych: M28, M29
5.	Pozostałe	<ul style="list-style-type: none"> • Leczenie zachowawcze: M19, M27, M30, M31 • Zabiegi w nietrzymaniu moczu: M05

Źródło: opracowanie własne

Wartość produktów towarzyszących² doliczonych do hospitalizacji rozliczanych grupami z sekcji M w 2023 roku wyniosła 52,65 mln zł. Warto zaznaczyć, że 83,84% wartości świadczeń rozliczonych dodatkowo, stanowiły cztery grupy produktów obejmujące:

- Leczenie krwią i produktami krwiopochodnymi – 16,16 mln zł (30,7%),
- Leczenie pacjentów w OAiIT – 10,42 mln zł (19,79%),
- Badania genetyczne i patomorfologiczne – 9 mln zł (17,09%),
- Refundacja leków i wyrobów medycznych zgodnie z fakturą – 8,56 mln zł (16,26%).

Istotny jest również fakt, że 63,68% wartości produktów towarzyszących, stanowiły produkty doliczone do grup związanych z leczeniem górnej części układu rozrodczego (33,52 mln zł).

W poniższej tabeli przedstawiono wartość produktów towarzyszących rozliczonych ze świadczeniem podstawowym (JGP) z sekcji M w podziale na obszary anatomiczne/ grupy chorób.

Tabela 11 Wartość produktów towarzyszących rozliczonych wraz ze świadczeniem podstawowym z sekcji M w 2023 r. [zł]

Produkt towarzyszący	Dolna część układu rozrodczego	Górna część układu rozrodczego	Leczenie nowotworów złośliwych układu rozrodczego	Pozostałe	Związane z zakończeniem ciąży	Razem
Badania genetyczne i patomorfologiczne	160 056	8 499 844	337 088	–	–	8 996 988
Chemioterapia i programy lekowe	1 076	14 040	214 839	–	–	229 955
Implantacja portu naczyniowego	–	66 901	360 634	4 380	–	431 916
Leczenie krwią	1 696 313	11 528 803	2 048 502	470 499	419 757	16 163 874
Leczenie nerkozastępcze	13 395	577 542	95 377			686 314
Leczenie w OAiIT	282 681	8 973 286	669 379	467 740	25 494	10 418 581
Plan leczenia onkologicznego	148 791	1 125 418	77 738	393	–	1 352 339
Pobyt opiekuna	5 990	21 366	1 374	3 483	–	32 213
Pozostałe	518 479	1 613 030	320 881	249 185	1 352 308	4 053 883
Radioterapia	–	–	47 958	–	–	47 958
Refundacja zgodnie z fakturą	175	36 066	8 520 168	500	722	8 557 631
Znieczulenie u dziecka	15 617	3 161	9 669	4 974	464	33 885
Żywienie	71 093	1 062 674	408 035	97 524	728	1 640 054
Razem	2 913 666	33 522 132	13 111 641	1 298 678	1 799 473	52 645 590

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

² W analizie nie uwzględniono produktów podlegających samodzielnemu rozliczeniu w obszarach opieki długoterminowej, psychiatrii oraz rehabilitacji, które zostały sprawozdane wraz z analizowanymi świadczeniami.

Jeden lub więcej produktów towarzyszących zostało rozliczonych wraz z 89,9 tys. świadczeń podstawowych, co stanowi 18,62% hospitalizacji z powodu chorób żeńskiego układu rozrodczego w 2023 roku. Podkreślić należy, że produkty zostały doliczone do ponad połowy zrealizowanych zabiegów kompleksowych i bardzo dużych, w tym do grup:

- M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw ** – 56,50%,
- M11 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw ** – 62,13%,
- M20 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw** – 74,72%,
- M12 *Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw ** – 53,49%,
- M06 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw** – 53,66%.

Do powyższych świadczeń najczęściej doliczano produkty obejmujące badania genetyczne i patomorfologiczne, leczenie krwią i produktami krwiopochodnymi oraz plan leczenia onkologicznego.

W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe informacje dotyczące realizacji produktów towarzyszących w poszczególnych świadczeniach z sekcji M.

Tabela 12 Odsetek świadczeń z sekcji M, wraz z którymi rozliczono produkty towarzyszące w 2023 r.

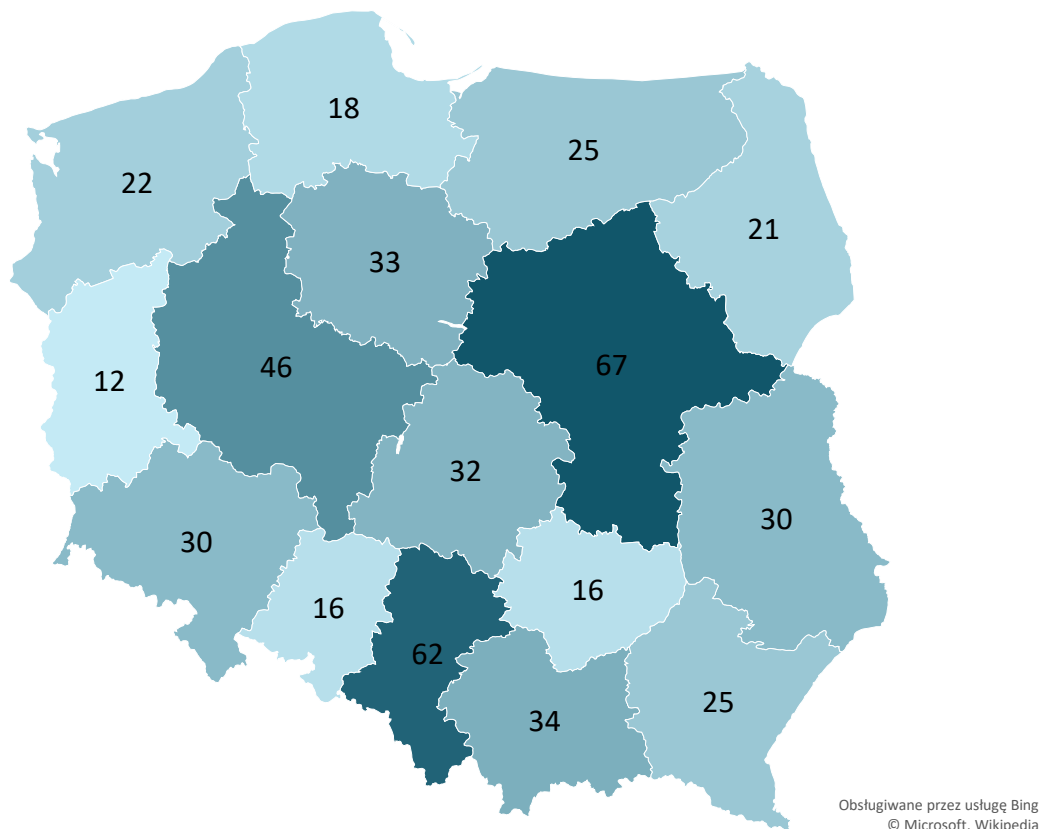
	Wielkość zabiegu i kod grupy	Badania genetyczne i patomorfologiczne	Chemioterapia i programy lekowe	Implantacja portu naczyniowego	Leczenie krwią	Leczenie nerkozastępcze	Leczenie w OAIIT	Plan leczenia onkologicznego	Pobyt opiekuna	Pozostałe	Radioterapia	Refundacja zgodnie z fakturą	Znieczulenie u dziecka	Żywienie	Razem
Kompleksowe	M01	12,08%	0,30%	–	26,59%	–	3,02%	27,49%	2,42%	11,78%	–	–	–	3,02%	56,50%
	M06	10,98%	–	–	17,07%	–	6,10%	39,02%	–	8,54%	–	–	–	–	53,66%
	M11	28,79%	0,42%	0,12%	26,59%	0,05%	3,28%	23,39%	0,02%	12,72%	–	–	–	2,98%	62,13%
	M20	33,90%	0,37%	0,22%	31,91%	0,59%	13,93%	43,99%	–	13,93%	–	–	–	6,04%	74,72%
	Razem	28,78%	0,40%	0,13%	27,37%	0,13%	5,04%	27,09%	0,11%	12,84%	–	–	–	3,46%	63,89%
Bardzo duże	M12	20,48%	0,10%	–	18,56%	–	1,44%	18,56%	–	13,40%	–	–	–	1,24%	53,49%
	M21	12,65%	–	–	25,30%	–	7,83%	23,49%	–	13,25%	–	–	–	6,02%	62,05%
	Razem	19,41%	0,08%	–	19,49%	–	2,31%	19,24%	–	13,38%	–	–	–	1,90%	54,67%
Duże	M02	0,09%	0,01%	–	13,48%	–	0,07%	0,13%	0,05%	12,96%	–	–	–	0,16%	24,52%
	M13	0,57%	0,03%	0,00%	16,44%	0,01%	0,26%	0,48%	0,20%	12,45%	–	0,00%	–	0,15%	27,51%
	Razem	0,37%	0,02%	0,00%	15,18%	0,01%	0,18%	0,33%	0,14%	12,67%	–	0,00%	–	0,16%	26,24%
Średnie	M03	0,43%	0,01%	–	9,47%	–	–	1,08%	0,09%	8,91%	–	–	–	0,01%	18,55%
	M14	0,22%	0,02%	0,00%	9,80%	0,00%	0,05%	0,07%	0,10%	9,42%	–	0,00%	–	0,09%	18,54%
	Razem	0,24%	0,02%	0,00%	9,77%	0,00%	0,04%	0,19%	0,10%	9,36%	–	0,00%	–	0,08%	18,54%
Małe	M04	0,11%	–	–	2,63%	0,00%	0,00%	0,04%	0,11%	5,52%	–	0,00%	0,13%	–	8,19%
	M15	0,07%	0,00%	0,00%	5,77%	–	0,00%	0,01%	0,00%	6,20%	–	0,00%	0,00%	0,00%	11,62%
	Razem	0,07%	0,00%	0,00%	5,27%	0,00%	0,00%	0,02%	0,02%	6,09%	–	0,00%	0,02%	0,00%	11,07%
Inne	M05	–	–	–	14,17%	–	0,01%	0,01%	0,01%	11,77%	–	–	–	0,01%	23,75%
	M16	–	–	–	0,81%	–	0,00%	–	–	20,88%	–	0,01%	–	0,00%	21,52%
	Razem	–	–	–	2,57%	–	0,00%	0,00%	0,00%	19,68%	–	0,00%	–	0,00%	21,81%

	Wielkość zabiegu i kod grupy	Badania genetyczne i patomorfologiczne	Chemioterapia i programy lekowe	Implantacja portu naczyniowego	Leczenie krwią	Leczenie nerkozastępcze	Leczenie w OAIIT	Plan leczenia onkologicznego	Pobyt opiekuna	Pozostałe	Radioterapia	Refundacja zgodnie z fakturą	Znieczulenie u dziecka	Żywnienie	Razem
Zachowawcze	M17	–	–	–	2,78%	–	–	–	–	30,16%	–	–	0,20%	–	32,34%
	M18	–	–	–	2,30%	–	0,12%	0,92%	–	8,28%	–	–	0,12%	0,06%	11,39%
	M19	–	–	–	3,73%	–	0,07%	–	–	9,82%	–	–	–	–	12,90%
	M26	–	–	–	6,73%	–	0,05%	0,01%	0,05%	8,44%	–	–	0,01%	0,02%	14,47%
	M27	–	–	–	1,72%	–	0,02%	–	0,10%	13,03%	–	–	0,03%	0,09%	14,63%
	M28	1,34%	8,03%	1,20%	35,48%	0,13%	0,94%	4,95%	0,54%	14,73%	0,80%	0,27%	0,13%	7,10%	53,55%
	M29	1,30%	4,46%	0,89%	16,56%	0,02%	0,17%	1,81%	0,28%	10,58%	–	5,68%	0,18%	1,26%	36,62%
	M30	–	–	0,01%	1,52%	–	0,06%	–	0,47%	9,88%	–	0,01%	0,08%	0,16%	11,74%
	M31	–	–	–	0,85%	–	–	–	–	5,13%	–	–	–	–	5,98%
	Razem	0,27%	0,97%	0,19%	6,65%	0,01%	0,09%	0,46%	0,20%	10,19%	0,01%	1,07%	0,07%	0,41%	18,51%
Razem		0,71%	0,10%	0,02%	8,25%	0,00%	0,14%	0,66%	0,08%	10,32%	0,00%	0,10%	0,01%	0,15%	18,62%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W 2023 roku spośród 489 świadczeniodawców realizujących świadczenia z sekcji M, najwięcej występowało w województwie mazowieckim (67), śląskim (62) i wielkopolskim (46), a najmniej w województwie lubuskim (12), świętokrzyskim (16) i opolskim (16).

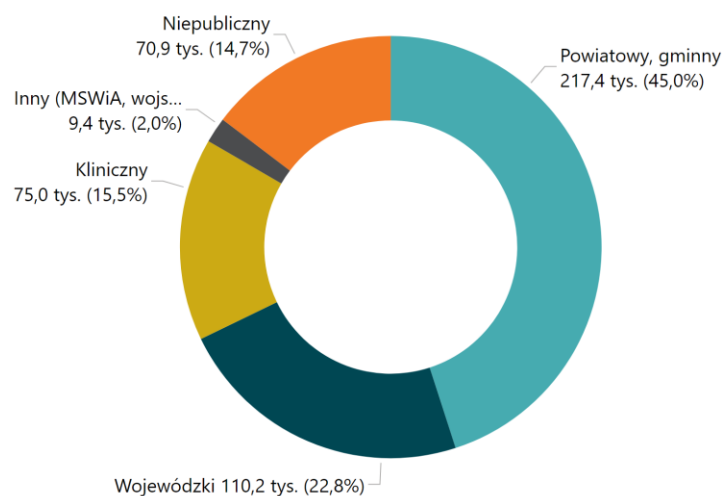
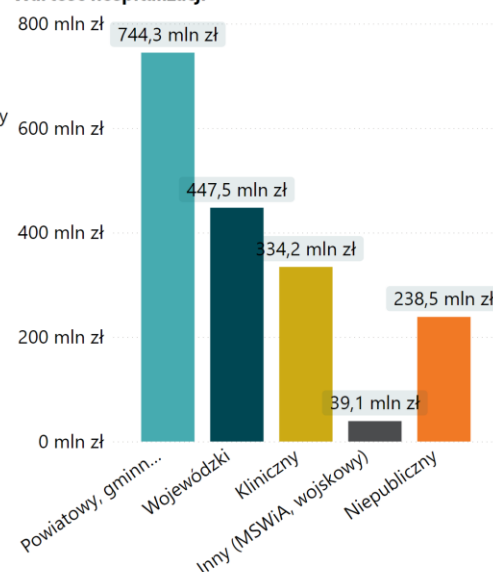
Liczba świadczeniodawców w 2023 roku



Rysunek 23. Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia z sekcji M w 2023 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Leczenie chorób żeńskiego układu rozrodczego realizowane jest głównie w szpitalach: powiatowych, gminnych i miejskich. W 2023 roku udzielono w tej kategorii szpitala 45% świadczeń o łącznej wartości 744,3 mln zł. Stosunkowo dużo hospitalizacji (22,8%) było zrealizowanych również w szpitalach wojewódzkich. Istotny jest także duży udział w realizacji świadczeń szpitali klinicznych, w których zrealizowano 15,5% hospitalizacji oraz szpitali niepublicznych z realizacją 14,7% świadczeń. Szpitale niepubliczne miały największy procentowy udział w ogólnej liczbie hospitalizacji w grupach M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu (18,9%) oraz M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego (17,7%). W szpitalach klinicznych uwagę zwraca duża realizacja (42,4%) grupy M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw* oraz (34,4%) grupy M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego. Najmniej świadczeń rozliczono w szpitalach przyporządkowanych do kategorii: „inny (MSWiA, wojskowy)”, co prezentuje rysunek poniżej. Natomiast szczegółowe informacje dotyczące realizacji świadczeń w szpitalach poszczególnych kategorii w ramach grup z sekcji M przedstawione zostały w załączniku nr 5.

Struktura hospitalizacji według kategorii szpitala w 2023 r.**Liczba hospitalizacji****Wartość hospitalizacji****Rysunek 24. Struktura hospitalizacji z sekcji M w podziale na kategorie szpitala.**

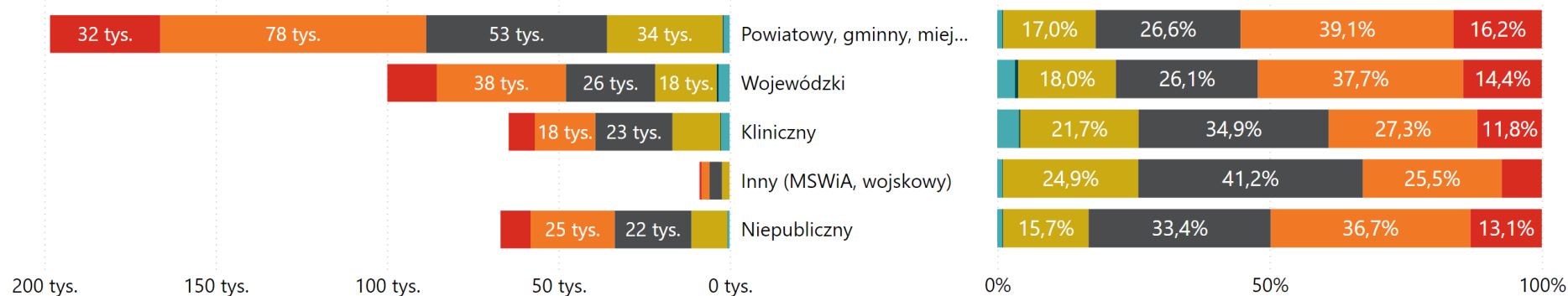
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Analiza danych NFZ za 2023 rok, uwzględniająca stopień skomplikowania zabiegów wykazała, że szpitale powiatowe, gminne, miejskie, wojewódzkie oraz niepubliczne są głównymi realizatorami zabiegów małych, podczas gdy szpitale kliniczne oraz podmioty z kategorii „Inny” (MSWiA, wojskowy) realizują głównie zabiegi średnie. Zabiegi kompleksowe miały najwyższą wartość w szpitalach klinicznych i wojewódzkich, stanowiąc główną część wartości udzielanych świadczeń, wynoszącą 25,7% w szpitalach klinicznych i 23,4% w wojewódzkich. Natomiast największy udział w wartości świadczeń udzielanych przez szpitale powiatowe, gminne, miejskie oraz niepubliczne miały zabiegi duże oraz średnie.

Realizacja produktów rozliczeniowych uwzględniająca skomplikowanie zabiegu w 2023 r.

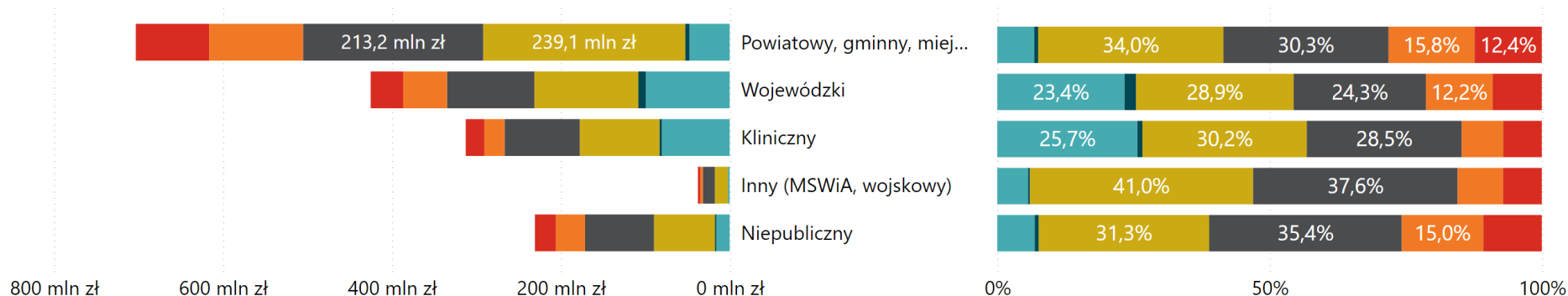
Liczba świadczeń

● Kompleksowe ● Bardzo duże ● Duże ● Średnie ● Małe ● Inne



Wartość świadczeń

● Kompleksowe ● Bardzo duże ● Duże ● Średnie ● Małe ● Inne

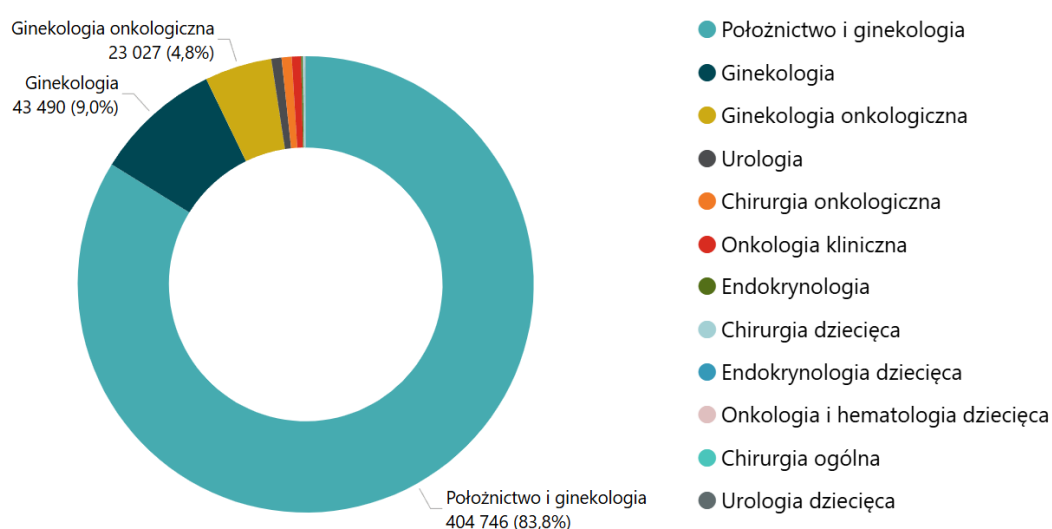


Rysunek 25. Realizacja produktów rozliczeniowych uwzględniająca skomplikowanie zabiegu oraz kategorię szpitala w 2023 roku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Dominującym zakresem, w którym realizowane są świadczenia z sekcji M, jest zakres położnictwa i ginekologii. W ramach powyższego zakresu, w 2023 roku zrealizowano 83,8% wszystkich hospitalizacji z sekcji M. W zakresach ginekologia oraz ginekologia onkologiczna zrealizowano łącznie 13,8% świadczeń. Jednakże hospitalizacje zrealizowane w ramach zakresu ginekologia onkologiczna stanowiły blisko połowę świadczeń w przypadku grup M20 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw** i M06 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw**. Uwagę zwraca również stosunkowo duża realizacja świadczeń w zakresie onkologia kliniczna – hospitalizacja w przypadku grup związanych z leczeniem zachowawczym nowotworów złośliwych (M28 i M29). Szczegółowe informacje dotyczące realizacji grup z sekcji M w poszczególnych zakresach zostały przedstawione w załączniku nr 5.

Struktura hospitalizacji według zakresu świadczeń w 2023 roku



Rysunek 26. Struktura hospitalizacji z sekcji M w podziale na uproszczone zakresy w 2023 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

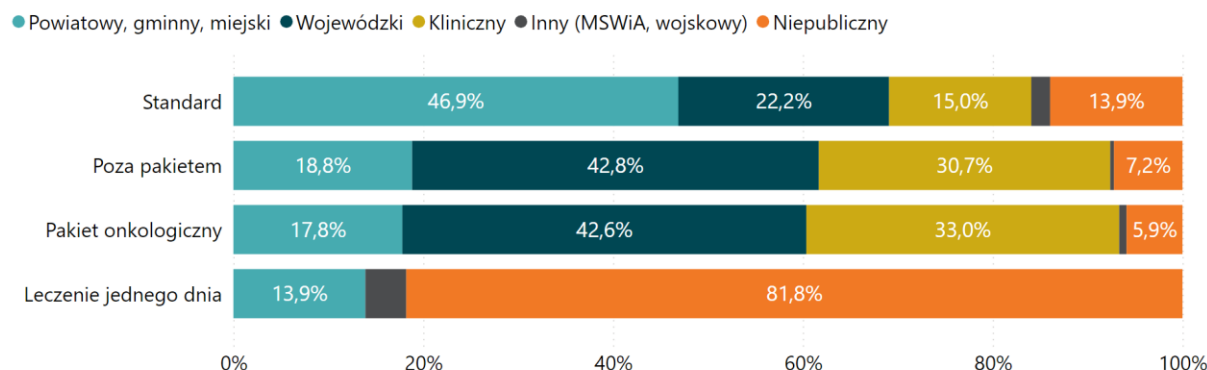
„Leczenie jednego dnia” było domeną podmiotów niepublicznych, które odpowiadały za 81,8% realizacji w tym zakresie. W ramach „leczenia jednego dnia” dominowały zabiegi polipa trzonu macicy. Świadczenia z pakietu onkologicznego były najczęściej realizowane w szpitalach wojewódzkich (42,6%). Podmioty te realizują również 42,8% świadczeń udzielanych poza pakietem onkologicznym. Z kolei świadczenia udzielane na zasadach ogólnych (standard) są realizowane głównie przez szpitale powiatowe, gminne i miejskie (46,9%).

W ramach leczenia jednego dnia realizowane są głównie średnie zabiegi. W pakiecie onkologicznym dominują kompleksowe zabiegi nowotworów złośliwych trzonu macicy i jajnika. Świadczenia poza pakietem onkologicznym są zdominowane przez leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych trzonu macicy i jajnika.

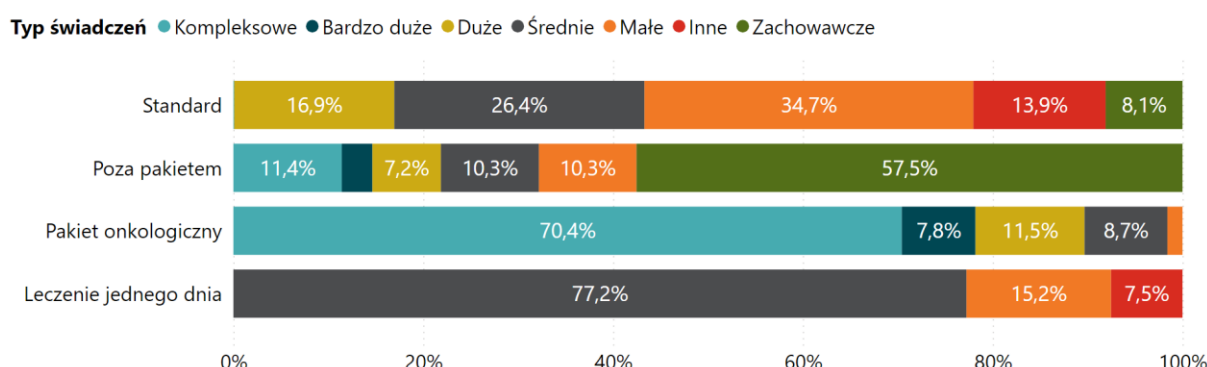
Szczegółowe informacje odnoszące się do liczby świadczeń zrealizowanych w poszczególnych typach zakresów świadczeń w podziale na typ produktu rozliczeniowego zaprezentowane zostały na poniższych rysunkach.

Struktura hospitalizacji według zakresu świadczeń w 2023 roku

Liczba świadczeń wg kategorii szpitala



Liczba świadczeń wg typu świadczeń

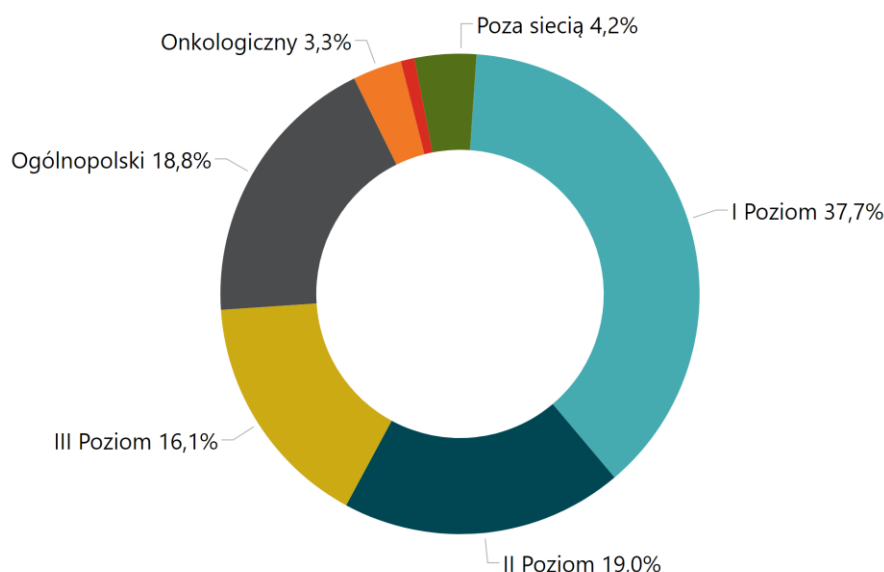


Rysunek 27. Struktura hospitalizacji według zakresu świadczeń w 2023 roku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Leczenie chorób żeńskiego układu rozrodczego realizowane jest głównie przez szpitale I poziomu sieci. Stosunkowo dużo hospitalizacji (19%) było zrealizowanych w szpitalach II poziomu oraz w szpitalach ogólnopolskich (18,8%). Szpitale onkologiczne miały największy procentowy udział w ogólnej liczbie hospitalizacji w grupach M20 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw** (30,8%), M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw ** (22,1%) oraz M11 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw ** (20,6%). W szpitalach ogólnopolskich uwagę zwraca duża realizacja (44,8%) M20 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw** oraz (39,3%) M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw **. Warto również zauważyć wysoki udział szpitali pediatrycznych w realizacji grupy M31 *Leczenie niepłodności żeńskiej* (13,7%).

Szczegółowe informacje dotyczące realizacji poszczególnych grup z sekcji M, w poszczególnych szpitalach, zostały przedstawione w załączniku nr 5.

Struktura hospitalizacji według poziomu sieci szpitala w 2023 r.

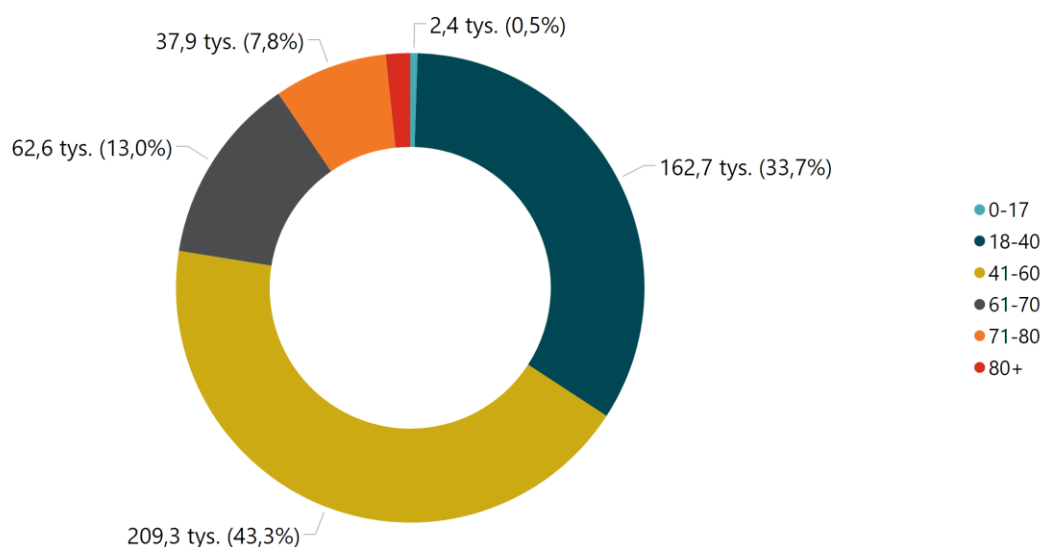
Rysunek 28. Struktura hospitalizacji z sekcji M w podziale na poziom sieci szpitali.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Ze względu na charakter świadczeń rozliczanych grupami z sekcji M, dotyczyły one głównie populacji kobiet po 18 roku życia, choć udział grup wiekowych w poszczególnych JGP jest zróżnicowany. Pacjentki w wieku 41–60 lat stanowiły największą grupę hospitalizowanych z powodu chorób żeńskiego układu rozrodczego, a drugą stanowiły pacjentki w wieku 61–70. Odsetek pacjentek w wieku co najmniej 81 lat wyniósł 1,67%, a udział tej grupy wiekowej widoczny był zwłaszcza w przypadku kompleksowych zabiegów dolnej części układu rozrodczego (M01 i M06). Odsetek pacjentek niepełnoletnich to zaledwie 0,5% wszystkich hospitalizacji. W przypadku większości JGP były to pojedyncze przypadki, poza kilkoma grupami, np. M30 *Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego* (714 hospitalizacji), M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego ** (357 hospitalizacji), czy też M13 *Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego ** (353).

Ogólny rozkład grup wiekowych dla JGP z sekcji M prezentują rysunki poniżej, zaś szczegółowe informacje dotyczące statystyk wieku pacjentek w poszczególnych JGP zawarto w załączniku nr 5.

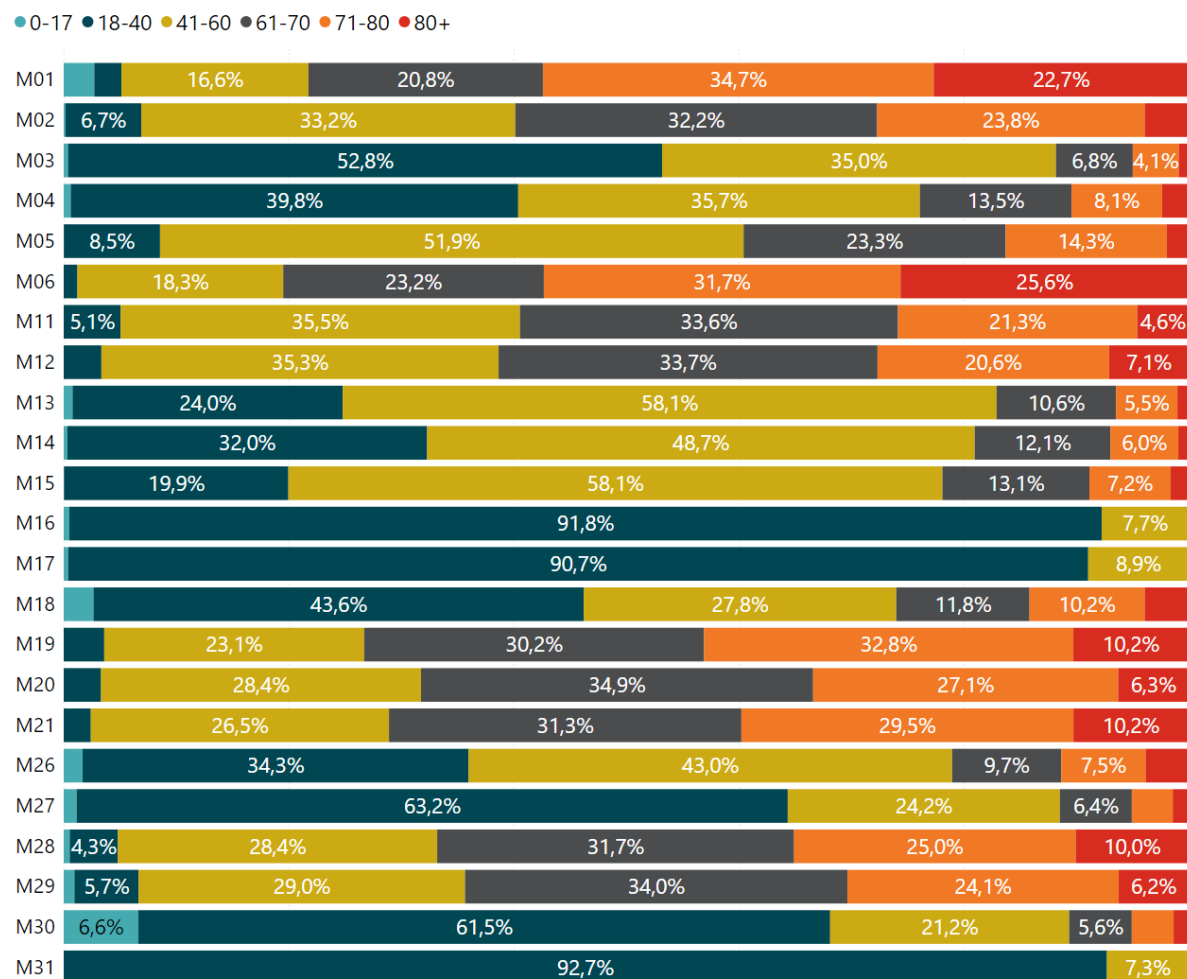
Struktura wiekowa populacji pacjentów z sekcji M w 2023 roku



Rysunek 29. Struktura wiekowa populacji pacjentów z sekcji M w 2023 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Zróżnicowanie wieku pacjentów w podziale na JGP z sekcji M w 2023 r.



Rysunek 30. Zróżnicowanie wieku pacjentów w podziale na JGP z sekcji M w 2023 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Pacjentki hospitalizowane w ramach sekcji M najczęściej były przyjmowane w trybie planowym. Na podstawie skierowania, w 2023 roku przyjęto 73,5% wszystkich pacjentek. Natomiast w trybie nagłym przyjęto 24,1% pacjentek. Jednakże hospitalizacje w ramach przyjęć w trybie nagłym stanowiły ponad połowę świadczeń w przypadku grup M16 *Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej**, M17 *Indukcja poronienia* oraz M27 *Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej*. Uwagę zwraca również stosunkowo duża realizacja świadczeń na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – hospitalizacja w przypadku grup związanych z kompleksowymi i bardzo dużymi zabiegami (M01, M06, M11, M12, M20, M21).

Szczegółowe informacje dotyczące trybów przyjęć w poszczególnych grupach z sekcji M zostały przedstawione w załączniku nr 5.

Struktura hospitalizacji według trybu przyjęcia pacjentek w 2023 roku

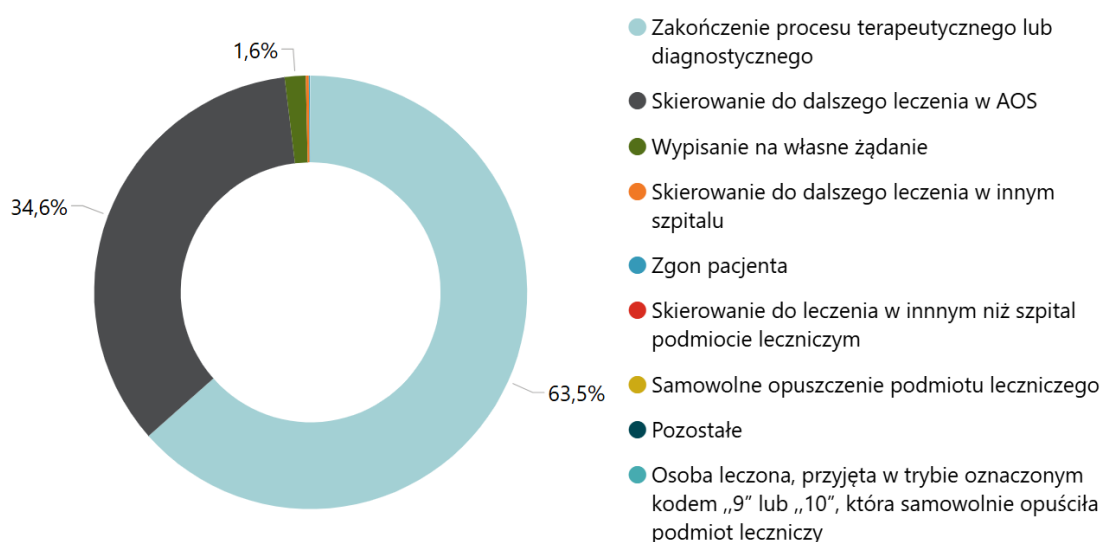


Rysunek 31. Struktura hospitalizacji z sekcji M według trybu przyjęcia pacjentek w 2023 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Dla analizowanych świadczeń, w ramach sekcji M, wypis pacjentek ze szpitala wiązał się przede wszystkim z zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego, co dotyczyło 63,5% hospitalizacji. Do dalszego leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej skierowano 34,6% pacjentek. Jednakże uwagę zwraca odmienna struktura trybu wypisu pacjentek w JGP M06 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw **, gdzie obserwuje się większy udział wypisów ze skierowaniem do dalszego leczenia w AOS niż związanych z zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego.

Szczegółowe informacje dotyczące trybów wypisu w poszczególnych grupach z sekcji M zostały przedstawione w załączniku nr 5.

Struktura hospitalizacji według trybu wypisu pacjentek w 2023 r.**Rysunek 32. Struktura hospitalizacji z sekcji M według trybu wypisu pacjentek w 2023 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W poniższej tabeli przedstawiono udział procedur ICD-9 kierujących do poszczególnych JGP. Najczęściej realizowaną procedurą w ramach kompleksowych zabiegów dolnej części układu rozrodczego (M01 i M06) było *Radykalne wycięcie sromu* (ICD-9: 71.5), którego udział wyniósł 97,89% w grupie M01 i 95,12% w grupie M06. W dużych zabiegach dolnej części dominowała *Plastyka przednia i tylna pochwy* (ICD-9: 70.50), w średnich zabiegach – *Chirurgiczna konizacja szyjki macicy* (ICD-9: 67.2), a w małych – *Wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa)* (ICD-9: 67.12).

W ramach kompleksowych zabiegów górnej części układu rozrodczego (M11 i M20) najczęściej realizowano *Zmodyfikowane radykalne wycięcie macicy* (ICD-9: 68.61). W bardzo dużych zabiegach górnej części układu rozrodczego (M12 i M21) największą realizację miała procedura *Poszerzone wycięcie macicy* (ICD-9: 68.42).

W grupie zabiegów w nietrzymaniu moczu (M05) najczęściej wykonywano *Operację wysiłkowego nietrzymania moczu przezpochwową z użyciem taśmy* (ICD-9: 59.795). Operacja ta została przeprowadzona u 60,02% hospitalizowanych.

Tabela 13 Realizacja procedur kierunkowych w JGP z sekcji M w 2023 roku

Obszar anatomiczny/ grupy chorób	Kod i nazwa grupy	Kod ICD-9 i nazwa procedury	Liczba hospitalizacji z procedurą kierunkową	% udział hospitalizacji z procedurą kierunkową
Dolna część układu rozrodczego	M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	70.4 Zamknięcie światła pochwy i całkowite wycięcie pochwy	9	2,72%
		71.5 Radykalne wycięcie sromu	324	97,89%
		Razem	331	100,00%
	M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	67.4 Wycięcie szyjki macicy z równoczesną plastyką pochwy	1 635	4,90%
		70.50 Plastyka przednia i tylna pochwy	15 910	47,63%
		70.511 Przednia plastyka pochwy z wycięciem uchyłka cewki moczowej	4 250	12,72%
		70.521 Tylna plastyka pochwy	5 841	17,49%

Obszar anatomiczny/ grupy chorób	Kod i nazwa grupy	Kod ICD-9 i nazwa procedury	Liczba hospitalizacji z procedurą kierunkową	% udział hospitalizacji z procedurą kierunkową
		70.77 Podwieszenie i umocowanie pochwy	6 896	20,65%
		Pozostałe	1 958	5,86%
		Razem	33 400	100,00%
	M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	67.2 Chirurgiczna konizacja szyjki macicy	9 306	62,80%
		67.592 Operacja McDonalda	304	2,05%
		70.33 Wycięcie lub zniszczenie zmiany pochwy	2 917	19,69%
		71.24 Wycięcie albo inne zniszczenie torbieli gruczołu Bartholina	1 529	10,32%
		75.693 Zabieg naprawczy krocza	356	2,40%
		Pozostałe	497	3,35%
		Razem	14 818	100,00%
	M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	67.11 Biopsja kanału szyjki macicy	6 622	25,89%
		67.12 Wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa)	7 427	29,04%
		67.39 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy - inne	3 891	15,21%
		71.11 Biopsja sromu	4 190	16,38%
		71.3 Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza	3 988	15,59%
		Pozostałe	4 597	17,97%
		Razem	25 577	100,00%
	M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*	70.4 Zamknięcie światła pochwy i całkowite wycięcie pochwy	4	4,88%
		71.5 Radykalne wycięcie sromu	78	95,12%
		Razem	82	100,00%
Górna część układu rozrodczego	M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	68.61 Zmodyfikowane radykalne wycięcie macicy	5 522	84,93%
		68.62 Operacja Wertheima	249	3,83%
		68.71 Laparoskopowe radykalne wycięcie macicy drogą pochwową [LRVH]	720	11,07%
		68.76 Histerokolpektomia	1	0,02%
		68.8 Wytrzewienie miednicy małej	85	1,31%
		Razem	6 502	100,00%
	M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	68.42 Poszerzone wycięcie macicy	796	76,17%
		68.51 Wycięcie macicy drogą pochwową w asyście laparoskopowej (LAVH)	251	24,02%
		Razem	1 045	100,00%
	M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	65.26 Wyłuszczenie guza jajnika jednostronne/ obustronne	8 881	19,75%
		65.61 Równoczesne usunięcie obu jajników i jajowodów	5 594	12,44%
		66.51 Wycięcie obu jajowodów w czasie tej samej operacji	7 433	16,53%
		68.391 Nadszyjkowe wycięcie macicy	8 282	18,42%
		68.41 Proste wycięcie macicy	8 209	18,26%
		Pozostałe	19 114	42,52%

Obszar anatomiczny/ grupy chorób	Kod i nazwa grupy	Kod ICD-9 i nazwa procedury	Liczba hospitalizacji z procedurą kierunkową	% udział hospitalizacji z procedurą kierunkową
		Razem	44 957	100,00%
	M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	54.21 Laparoscopia	7 646	6,79%
		68.233 Histeroskopowe zniszczenie zmiany chorobowej w macicy	12 561	11,16%
		68.234 Histeroskopowe wycięcie zmiany chorobowej w macicy	72 549	64,45%
		68.291 Usunięcie mięśniaka macicy	5 138	4,56%
		69.1 Wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki w zakresie macicy i struktur ją podtrzymujących	8 813	7,83%
		Pozostałe	11 899	10,57%
		Razem	112 564	100,00%
	M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	68.12 Histeroscopia diagnostyczna	10 871	8,11%
		68.231 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy	32 153	23,99%
		69.03 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy - diagnostyczne	71 709	53,51%
		69.04 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy - lecznicze	15 323	11,43%
		87.83 Histerosalpingografia (kontrast cieniujący)	4 809	3,59%
		Pozostałe	6 519	4,86%
		Razem	134 011	100,00%
	M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	68.61 Zmodyfikowane radykalne wycięcie macicy	1 173	86,44%
		68.62 Operacja Wertheima	53	3,91%
		68.71 Laparoskopowe radykalne wycięcie macicy drogą pochwową [LRVH]	114	8,40%
		68.76 Histerokolpektomia	1	0,07%
		68.8 Wytrzewienie miednicy małej	27	1,99%
		Razem	1 357	100,00%
	M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	68.42 Poszerzone wycięcie macicy	131	78,92%
		68.51 Wycięcie macicy drogą pochwową w asyście laparoskopowej (LAVH)	35	21,08%
		Razem	166	100,00%
Pozostałe	M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	59.44 Uretrocystopeksja przez podwieszenie nadłonowe	239	2,84%
		59.791 Uretropeksja przednia	239	2,84%
		59.793 Podwieszenie cewki i pęcherza z użyciem materiału syntetycznego	2 215	26,34%
		59.794 Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu przezpochwowa bez użycia taśmy	534	6,35%
		59.795 Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu przezpochwowa z użyciem taśmy	5 048	60,02%
		Pozostałe	256	3,04%
		Razem	8 410	100,00%

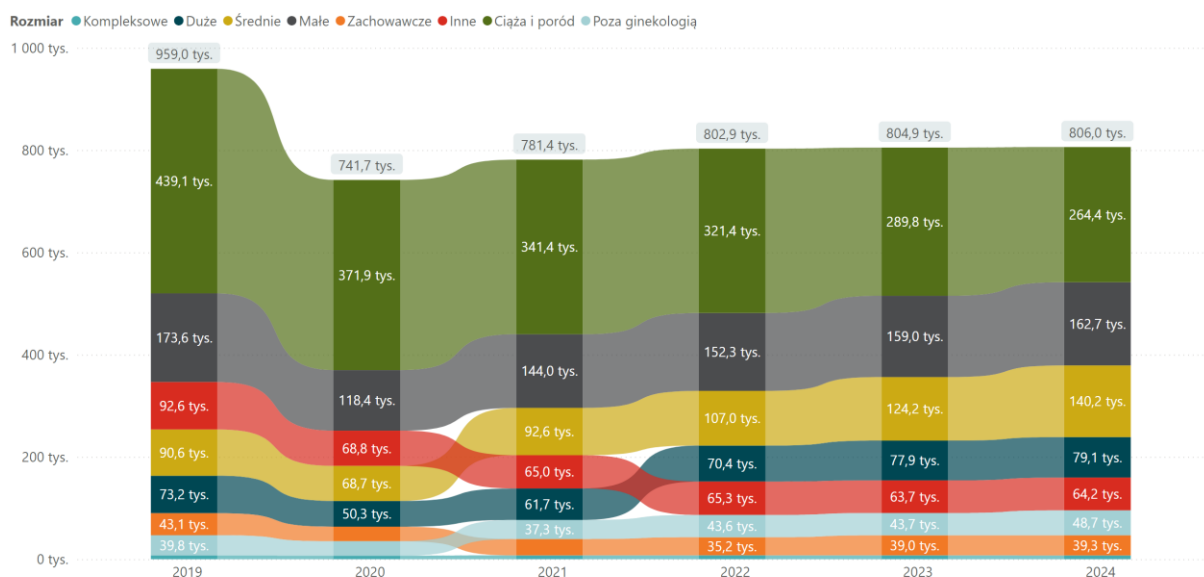
Obszar anatomiczny/ grupy chorób	Kod i nazwa grupy	Kod ICD-9 i nazwa procedury	Liczba hospitalizacji z procedurą kierunkową	% udział hospitalizacji z procedurą kierunkową
Związane z zakończeniem ciąży	M16 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*	69.01 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy w celu zakończenia ciąży	1 611	2,92%
		69.02 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy po porodzie lub poronieniu	23 011	41,65%
		Razem	24 592	44,51%
	M17 Indukcja poronienia	69.01 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy w celu zakończenia ciąży	117	23,21%
		75.01 Wstrzyknięcie prostaglandyny w celu wywołania poronienia	15	2,98%
		75.03 Zakończenie ciąży przez wstrzyknięcie domaciczne	10	1,98%
		99.295 Podanie preparatu w celu zakończenia ciąży	365	72,42%
		99.993 Wprowadzenie czopka z prostaglandyną	62	12,30%
		Razem	504	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Świadczenia z zakresu chorób żeńskiego układu rozrodczego (sekcja M JGP) są w zdecydowanej większości realizowane w oddziałach ginekologiczno-położniczych. Należy jednak zaznaczyć, że oddziały te nie ograniczają się wyłącznie do opieki ginekologicznej i położniczej – stanowią również miejsce realizacji innych typów świadczeń. Zmiana liczby zrealizowanych grup JGP w zakresach świadczeń odnoszących się do ginekologii i położnictwa została przedstawiona na poniższym rysunku.

Zmiana liczby JGP zrealizowanych w zakresie ginekologii i położnictwa

Dane NFZ za lata 2019-2024* (symulacja na podstawie danych za I półrocze)



Rysunek 33. JGP zrealizowane w zakresach świadczeń związanych z ginekologią i położnictwem.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Od 2021 roku całkowita liczba świadczeń udzielanych w oddziałach ginekologiczno-położniczych utrzymuje się na stosunkowo stabilnym poziomie, przy czym nadal nie wróciła ona do stanu sprzed pandemii COVID-19. Zmienia się natomiast ich struktura. Widoczny jest stopniowy spadek liczby świadczeń związanych z ciążą i porodem, przy jednoczesnym wzroście liczby procedur zabiegowych – szczególnie tych o mniejszym zakresie, klasyfikowanych jako tzw. zabiegi małe i średnie.

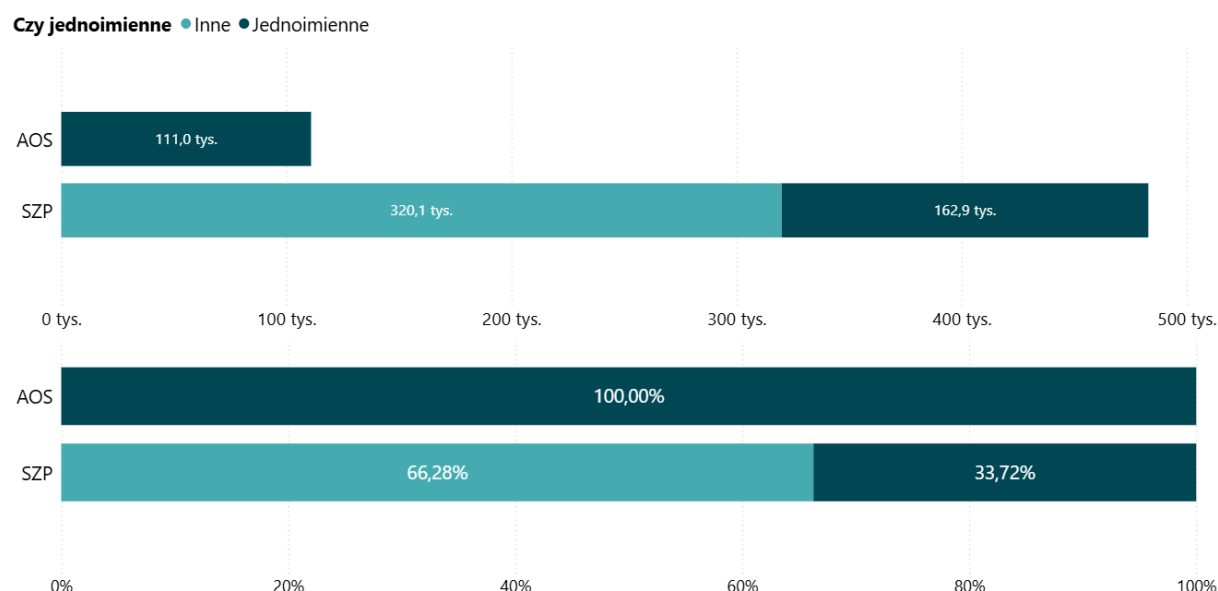
Jednym z kluczowych czynników wpływających na ten trend jest dynamiczny wzrost liczby histeroskopii – zarówno diagnostycznych, jak i leczniczych. W 2019 roku opublikowano wytyczne Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników³ zgodnie z którymi procedura ta jest bezpieczna i dobrze tolerowana przez pacjentki, a liczba wskazań do jej realizacji stale się zwiększa. Histeroskopia pozwala na precyzyjną ocenę jamy macicy oraz w razie potrzeby, pobranie materiału do dalszych badań histopatologicznych. Co więcej, stanowi ważny element strategii oszczędzającego leczenia wybranych nowotworów trzonu macicy.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Warto podkreślić, że wiele procedur udzielanych w warunkach szpitalnych to tzw. procedury jednoimienne, które – zgodnie z koszykiem świadczeń gwarantowanych – mogą być realizowane również w trybie ambulatoryjnym, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Oznacza to, że ich wykonanie nie zawsze wymaga hospitalizacji, a wybór miejsca realizacji może zależeć od organizacji opieki w danym regionie lub podmiocie leczniczym.

Na poniższym rysunku przedstawiono realizację procedur jednoimiennych udzielonych w warunkach ambulatoryjnych oraz lecnicztwie szpitalnym. Łączna liczba wykonanych procedur jednoimiennych w leczeniu szpitalnym wyniosła 162,9 tys., co stanowiło 33,72% łącznej liczby zrealizowanych procedur kierunkowych sprawozdanych przez świadczeniodawców.

Realizacja procedur jednoimiennych w warunkach ambulatoryjnych oraz lecnicztwie szpitalnym w 2023 r.



Rysunek 34. Realizacja procedur jednoimiennych w warunkach ambulatoryjnych oraz lecnicztwie szpitalnym w 2023 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

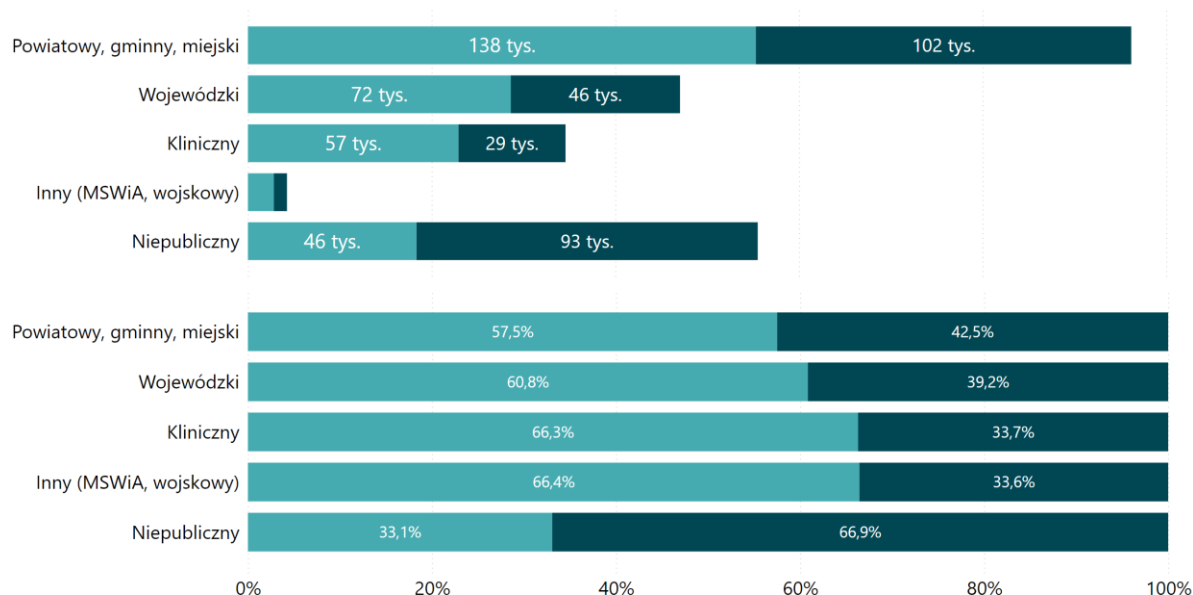
³ <https://ptgin.pl/artukul/rekomendacja-polskiego-towarzystwa-ginekologow-i-poloznikow-dotyczace-zastosowania>

Na uwagę zasługuje fakt, że szpitale powiatowe, gminne i miejskie były odpowiedzialne za zrealizowanie największej liczby procedur jednoimiennych, których liczba wyniosła 102 tys. Na drugim miejscu pod względem udzielonych świadczeń znalazły się podmioty niepubliczne, które udzieliły 93 tys. procedur jednoimiennych, co stanowiło 66,9% udziału w ogólnej liczbie procedur kierunkowych sprawozdanych przez te podmioty.

Realizacja procedur jednoimiennych w warunkach ambulatoryjnych oraz lecniectwie szpitalnym w poszczególnych kategoriach szpitala w 2023 roku

Liczba świadczeń

Czy jednoimienne ● Inne ● Jednoimienne



Rysunek 35. Realizacja procedur jednoimiennych w warunkach ambulatoryjnych oraz lecniectwie szpitalnym w poszczególnych kategoriach szpitala w 2023 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Najwyższa realizacja procedur jednoimiennych miała miejsce w hospitalizacjach rozliczonych grupą M15 *Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego ** (127 tys. świadczeń), w ramach, których najczęściej sprawozdano wykonanie procedur:

- 69.03 *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne* (67,6 tys.),
- 68.231 *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy* (30,8 tys.),
- 69.04 *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – lecznicze* (14,4 tys.).

Szczegółowe zestawienie zamieszczone zostało w poniższej tabeli (Tabela 14).

Tabela 14 Liczba procedur jednoimiennych zrealizowanych w warunkach ambulatoryjnych i lecniectwie szpitalnym w 2023 r.

Kod ICD-9 i nazwa procedury	Rodzaj świadczeń								
	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna					Leczenie szpitalne			
	Z107	Z110	Z23	Z24	Z58	M03	M04	M14	M15
66.8 Przedmuchiwanie i przepłukiwanie jajowodu	–	–	333	–	–	–	–	–	174
67.11 Biopsja kanału szyjki macicy	13 328	–	–	–	–	–	6 622	–	–

Kod ICD-9 i nazwa procedury	Rodzaj świadczeń								
	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna					Leczenie szpitalne			
	Z107	Z110	Z23	Z24	Z58	M03	M04	M14	M15
67.12 Wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa)	7 252	–	–	–	–	–	3 950	–	–
67.2 Konizacja szyjki macicy	–	–	–	808	–	9 306	–	–	–
67.31 Marsupializacja torbieli szyjki macicy	4 283	–	–	–	–	–	17	–	–
67.39 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy – inne	–	12 276	–	–	–	–	2 643	–	–
68.12 Histeroskopia diagnostyczna	–	–	2 478	–	–	–	–	–	10 868
68.231 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy	–	–	2 920	–	–	–	–	–	30 780
68.232 Histeroskopowa ablacja endometrium	–	–	–	168	–	–	–	1 114	–
69.03 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne	–	–	5 529	–	–	–	–	–	67 574
69.04 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – lecznicze	–	–	2 161	–	–	–	–	–	14 382
69.59 Inne aspiracyjne łyżeczkowanie macicy	–	–	35 821	–	–	–	–	–	3 268
70.13 Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	2 762	–	–	–	–	–	29	–	–
70.24 Biopsja pochwy	–	541	–	–	–	–	704	–	–
71.01 Uwolnienie zrostów sromu	2 779	–	–	–	–	–	67	–	–
71.091 Powiększenie wejścia do pochwy	192	–	–	–	–	–	100	–	–
71.099 Nacięcie sromu/krocza – inne	–	359	–	–	–	–	265	–	–
71.11 Biopsja sromu	–	1 395	–	–	–	–	4 111	–	–
71.22 Nacięcie torbieli gruczołu Bartholina	–	–	–	–	667	–	976	–	–
71.23 Marsupializacja torbieli gruczołu Bartholina	522	–	–	–	–	–	2 194	–	–
71.3 Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza	14 405	–	–	–	–	–	3 724	–	–

Z107 Świadczenia zabiegowe - grupa 107; Z110 Świadczenia zabiegowe - grupa 110; Z23 Świadczenia zabiegowe - grupa 23; Z24 Świadczenia zabiegowe - grupa 124; Z58 Świadczenia zabiegowe - grupa 58; M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *; M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *; M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego*; M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Jednocześnie analiza umów zawartych pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcami, w odniesieniu do ambulatoryjnych zakresów świadczeń zabiegowych w położnictwie i ginekologii (zakres skojarzony) oraz w ginekologii dla dziewcząt, wykazała, że mniej

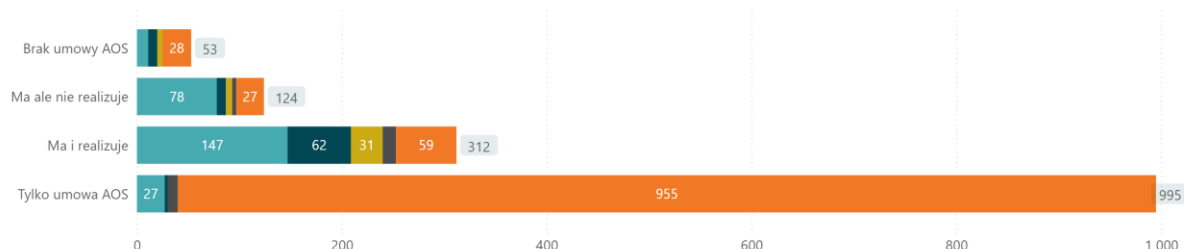
niż połowa świadczeniodawców posiadających umowę na realizację tych usług faktycznie wykonuje je w praktyce. Dane te zostały przedstawione na poniższym rysunku.

Umowy na świadczenia zabiegowe w wybranych zakresach AOS

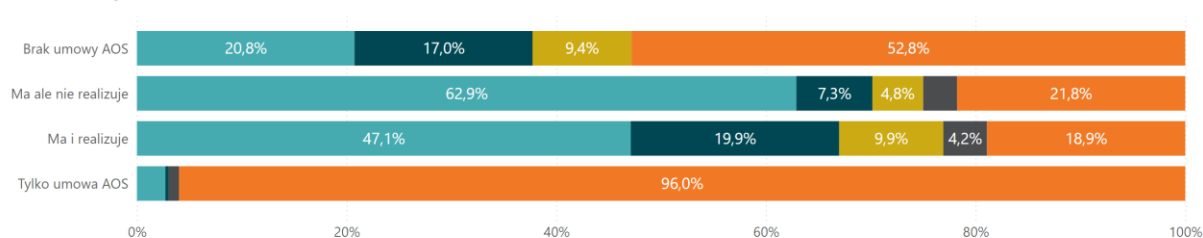
Dane NFZ za rok 2023. Położnictwo i ginekologia oraz ginekologia dla dziewcząt

Liczba realizatorów

Kategoria: Powiatowy, gminny, miejski Wojewódzki Kliniczny Inny (MSWiA, wojskowy) Niepubliczny



Struktura liczby realizatorów



Rysunek 36. Realizacja umów na realizację świadczeń zabiegowych w wybranych zakresach świadczeń AOS

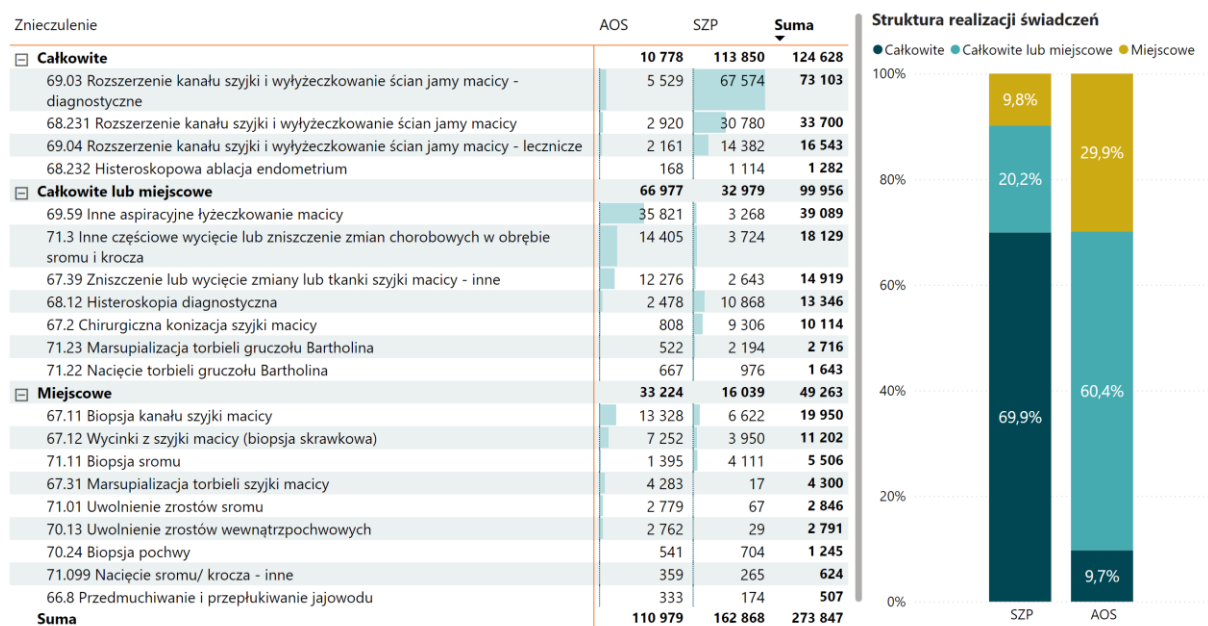
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Co istotne, wśród aktywnych realizatorów, jak również wśród świadczeniodawców, którzy pomimo zawartej umowy nie wykonują świadczeń, dominują szpitale powiatowe, miejskie i gminne. Sytuacja ta wskazuje na istnienie znaczącego, obecnie niewykorzystanego potencjału w tych jednostkach. Jego wykorzystanie mogłoby przyczynić się do zwiększenia liczby procedur realizowanych w warunkach ambulatoryjnych.

Przeniesienie części procedur z hospitalizacji do trybu ambulatoryjnego mogłoby poprawić efektywność systemu ochrony zdrowia – poprzez racjonalizację kosztów, lepsze wykorzystanie zasobów oraz skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia. Taki kierunek zmian jest zgodny z założeniami strategii odwracania piramidy świadczeń, zakładającej szersze wykorzystanie opieki ambulatoryjnej jako alternatywy dla leczenia szpitalnego w przypadkach, w których jest to klinicznie uzasadnione.

Analiza realizacji procedur jednoimiennych, przeprowadzona z uwzględnieniem preferowanego sposobu znieczulenia – zgodnie z rekomendacjami konsultantki krajowej w dziedzinie położnictwa i ginekologii – wykazała wyraźne różnice w tym zakresie pomiędzy trybem szpitalnym i ambulatoryjnym. W warunkach leczenia szpitalnego dominują procedury wykonywane w znieczuleniu ogólnym, natomiast w AOS przeważają świadczenia realizowane w znieczuleniu miejscowym (Rysunek 37).

Liczba zrealizowanych procedur jednoimiennych ze względu na typ znieczulenia w 2023 roku



Rysunek 37. Realizacja procedur jednoimiennych ze względu na preferowany typ znieczulenia

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Różnica ta prawdopodobnie wynika z braku odpowiedniego mechanizmu finansowania znieczulenia w AOS. Podmioty realizujące świadczenia w warunkach szpitalnych posiadają bowiem zasoby techniczne oraz wykwalifikowany personel niezbędny do udzielania świadczeń w trybie ambulatoryjnym.

Jednym z możliwych działań wspierających rozwój opieki ambulatoryjnej jest umożliwienie rozliczania kosztów krótkiego znieczulenia ogólnego dla wybranych procedur jednoimiennych. Dotyczy to w szczególności świadczeń wykonywanych wewnątrzmacicznie, w przypadku których znieczulenie miejscowe bywa niewystarczające lub niemożliwe do zastosowania. Wprowadzenie takiego rozwiązania mogłoby znacząco zwiększyć zakres procedur możliwych do realizacji w AOS, przyczyniając się do poprawy dostępności świadczeń, obniżenia kosztów systemowych oraz dalszego przesuwania opieki z leczenia szpitalnego do bardziej efektywnych form.

Liczba lekarzy

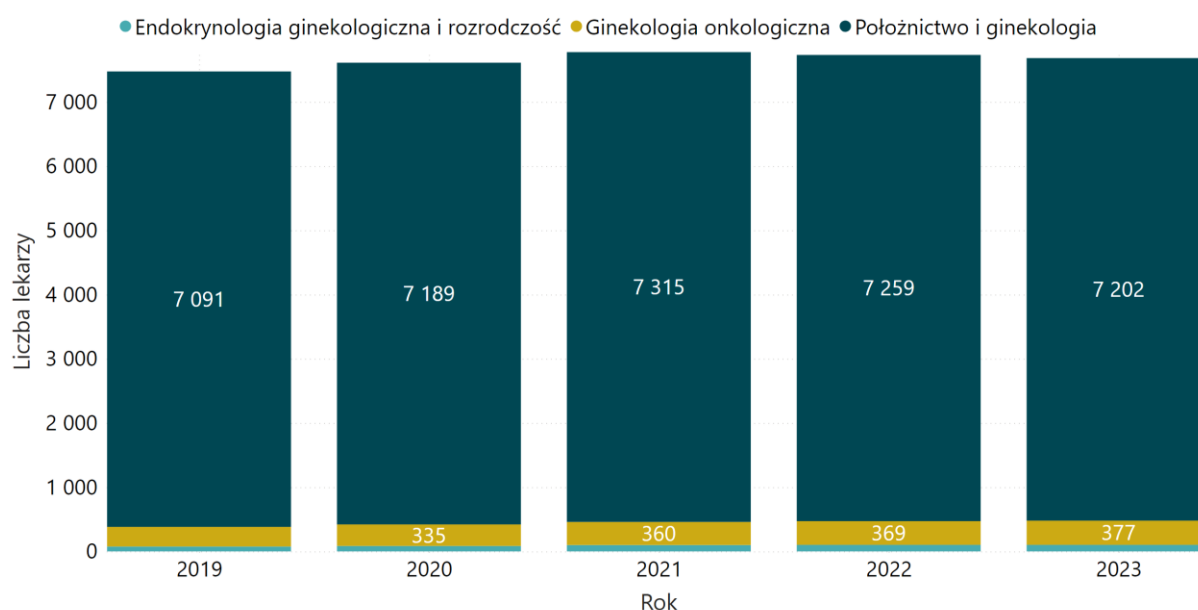
Wśród lekarzy udzielających świadczeń w ramach kontraktowanych zakresów, w których rozliczane są produkty z sekcji M, dominującą grupę stanowią specjaliści w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Ich liczba pozostaje zdecydowanie najwyższa w porównaniu z innymi specjalnościami zaangażowanymi w realizację przedmiotowych świadczeń. Znacznie mniej liczną grupę stanowią specjaliści ginekologii onkologicznej oraz endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, którzy również uczestniczą w udzielaniu tych świadczeń.

Na przestrzeni lat 2019–2023 obserwowany był systematyczny wzrost liczby lekarzy posiadających specjalizację z ginekologii onkologicznej oraz endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości. Trend ten może świadczyć o rosnącym zapotrzebowaniu na wysoko wyspecjalizowaną opiekę w obszarze ginekologii oraz o zwiększającym się zainteresowaniu tymi dziedzinami wśród lekarzy.

W przypadku specjalistów położnictwa i ginekologii, pomimo ich największej liczby, w analizowanym okresie widoczne były wahania – liczba lekarzy tej specjalizacji nie rosła w sposób ciągły, co może odzwierciedlać szersze zjawiska demograficzne i systemowe, m.in. zmiany w strukturze zatrudnienia lub nasycenie rynku.

Szczegółowe dane liczbowe obrazujące zmiany w liczbie lekarzy specjalistów w latach 2019–2023 przedstawiono na poniższym rysunku.

Liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód w latach 2019-2023



Rysunek 38. Liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód w latach 2019–2023.

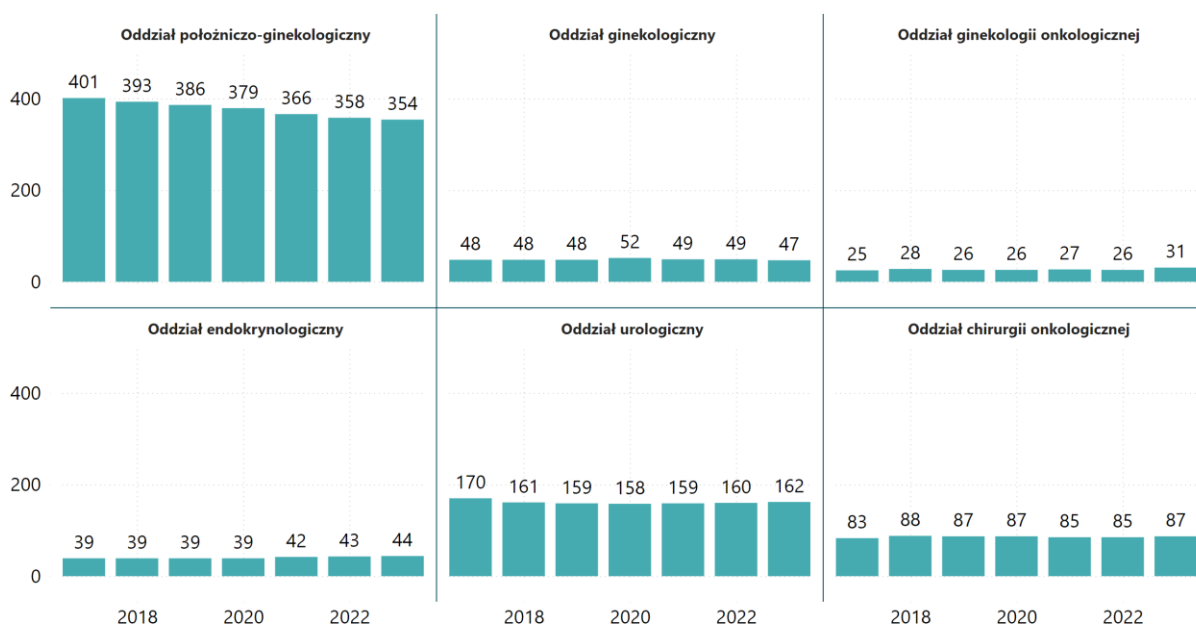
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MZ

Liczba oddziałów szpitalnych

Funkcjonujące w Polsce oddziały o profilu położniczo–ginekologicznym w dużej mierze zapewniają zabezpieczenie świadczeń związanych z porodem i połogiem. Odrębną częścią ich działalności jest realizacja świadczeń związanych z leczeniem zachowawczym i zabiegowym chorób żeńskiego układu rozrodczego. JGP z sekcji M mogą być realizowane w oddziałach ginekologiczno-położniczych, jak i chirurgicznych, urologicznych, czy też endokrynologicznych. W latach 2017–2023 odnotowano spadek liczby oddziałów szpitalnych o profilu położniczo-ginekologicznym – z 401 w 2017 roku do 354 w 2023 roku, co prawdopodobnie jest efektem zmniejszającej się liczby porodów oraz sprawowania opieki z powodu ciąży (Rysunek 33). Odnotowano natomiast wzrost liczby oddziałów endokrynologicznych z 39 do 44 oraz oddziałów ginekologii onkologicznej z 25 do 31.

W 2023 roku w Polsce świadczenia z sekcji M były możliwe do wykonywania w ramach 354 oddziałów położniczo-ginekologicznych, 47 oddziałów ginekologicznych oraz 31 oddziałów ginekologii onkologicznej, a także w 44 oddziałach endokrynologicznych, 162 oddziałach urologicznych oraz 87 oddziałach chirurgii onkologicznej.

Informacje dotyczące liczby oddziałów o poszczególnych profilach w latach 2017–2023 przedstawia poniższy rysunek.

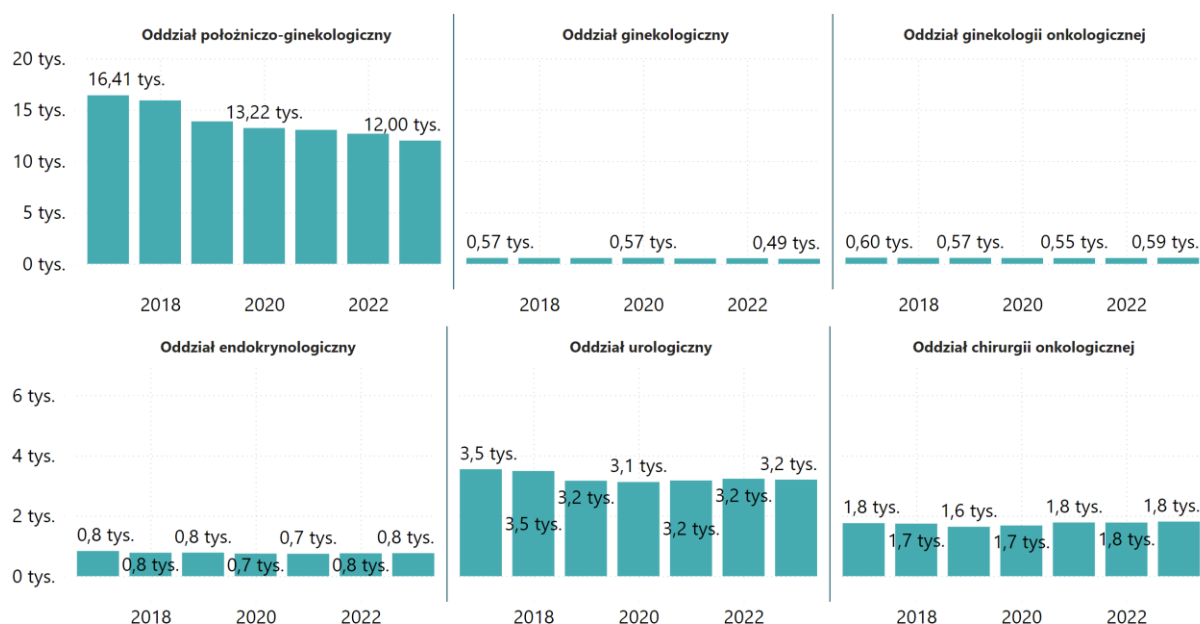
Liczba oddziałów szpitalnych o poszczególnych profilach w latach 2017–2023**Rysunek 39. Liczba oddziałów o poszczególnych profilach w latach 2017–2023.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Liczba i wykorzystanie łóżek

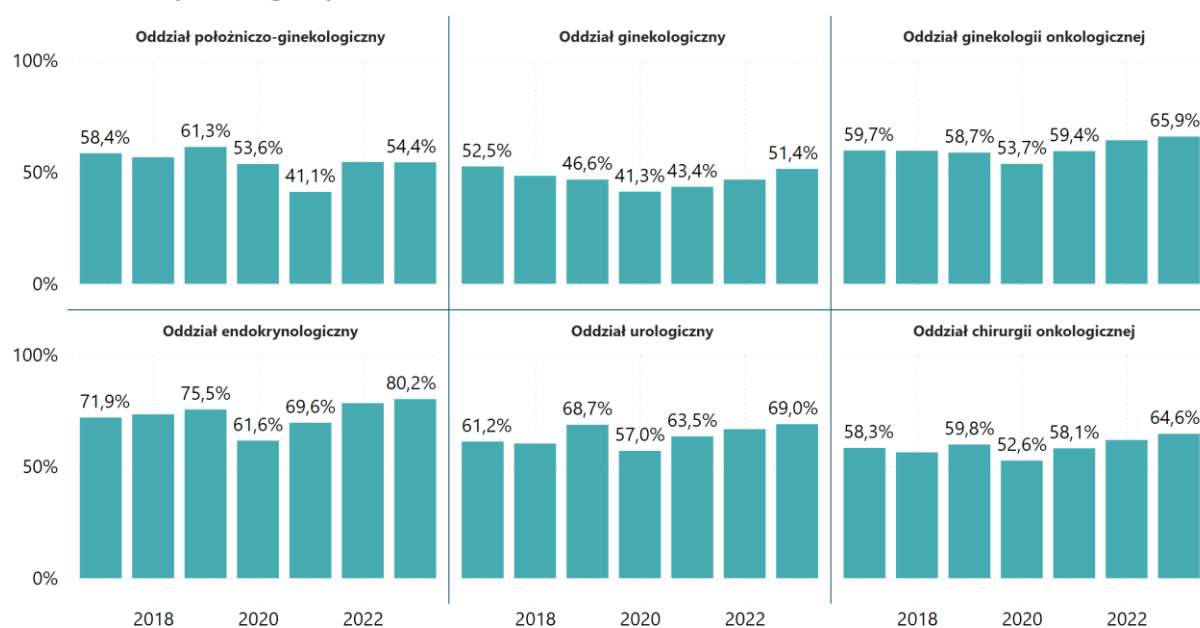
Na poniższych rysunkach przedstawiono szczegółowe informacje na temat liczby oraz wykorzystania łóżek na oddziałach, w których realizowane są świadczenia z obszaru chorób żeńskiego układu rozrodczego.

Na przestrzeni lat 2017–2023 nastąpił spadek liczby łóżek w analizowanych oddziałach. Niezależnie od analizowanego roku, najwięcej łóżek znajdowało się w oddziałach położniczo-ginekologicznych, a najmniej łóżek znajdowało się w oddziałach ginekologicznych. Łączna liczba łóżek na oddziałach ginekologiczno-położniczych, ginekologii onkologicznej i ginekologicznych w 2023 roku wyniosła 13 072. Szczegółowe dane o liczbie łóżek w poszczególnych oddziałach prezentuje poniższy rysunek.

Liczba łóżek w poszczególnych oddziałach w latach 2017–2023**Rysunek 40. Liczba łóżek w poszczególnych oddziałach w latach 2017–2023.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Wykorzystanie łóżek w 2023 roku, w stosunku do 2017 roku, spadło w oddziałach położniczo-ginekologicznych oraz ginekologicznych, natomiast w pozostałych analizowanych oddziałach obłożenie wzrosło. W 2023 roku największe obłożenie łóżek występowało w oddziale endokrynologicznym (80,2%) oraz w oddziale urologicznym (69%), a najmniejsze w oddziale ginekologicznym (51,4%).

Obłożenie w poszczególnych oddziałach w latach 2017–2023**Rysunek 41. Obłożenie łóżek w poszczególnych oddziałach w latach 2017–2023.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Kolejki oczekujących

Czas oczekiwania na świadczenia z zakresu ginekologii jest monitorowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Sprawozdawane do wojewódzkich oddziałów NFZ kolejki dotyczą przyjęć do konkretnych oddziałów i poradni, nie pokazują czasu oczekiwania na wykonanie konkretnego zabiegu. Szczegółowe informacje o liczbie osób oczekujących na świadczenia oraz średnim czasie oczekiwania na przyjęcie do oddziału położniczo-ginekologicznego, ginekologicznego oraz ginekologii onkologicznej w podziale na województwa prezentuje Tabela 15 (strona 69).

W celu analizy popytu na świadczenia, przeanalizowano zmiany liczby osób oczekujących oraz dane o średnim czasie oczekiwania na świadczenie medyczne w poszczególnych miesiącach w okresie od grudnia 2023 roku do stycznia 2025 roku.

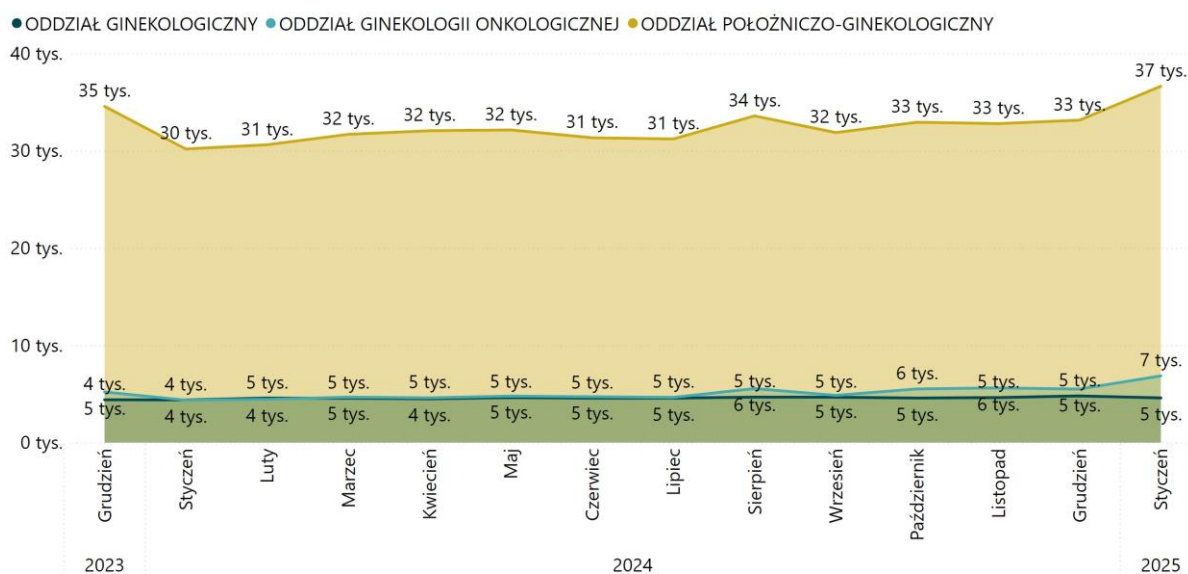
Przypadki stabilne

W analizowanym okresie, w przypadkach stabilnych, najwięcej pacjentek oczekiwało na przyjęcie do oddziałów położniczo-ginekologicznych – średnia liczba oczekujących wynosiła około 32 tys. osób. Na przyjęcie do oddziałów ginekologicznych oczekiwało średnio 4,5 tys. pacjentek, natomiast do oddziałów ginekologii onkologicznej – około 5 tys.

Szczególną uwagę zwraca dynamiczny wzrost liczby pacjentek oczekujących na hospitalizację w oddziałach położniczo-ginekologicznych. W styczniu 2024 roku liczba oczekujących wynosiła 30 tys., natomiast rok później – w styczniu 2025 roku – wzrosła do 37 tys. osób.

Liczba osób oczekujących do oddziału - przypadki stabilne

Dane za okres grudzień 2023 - styczeń 2025



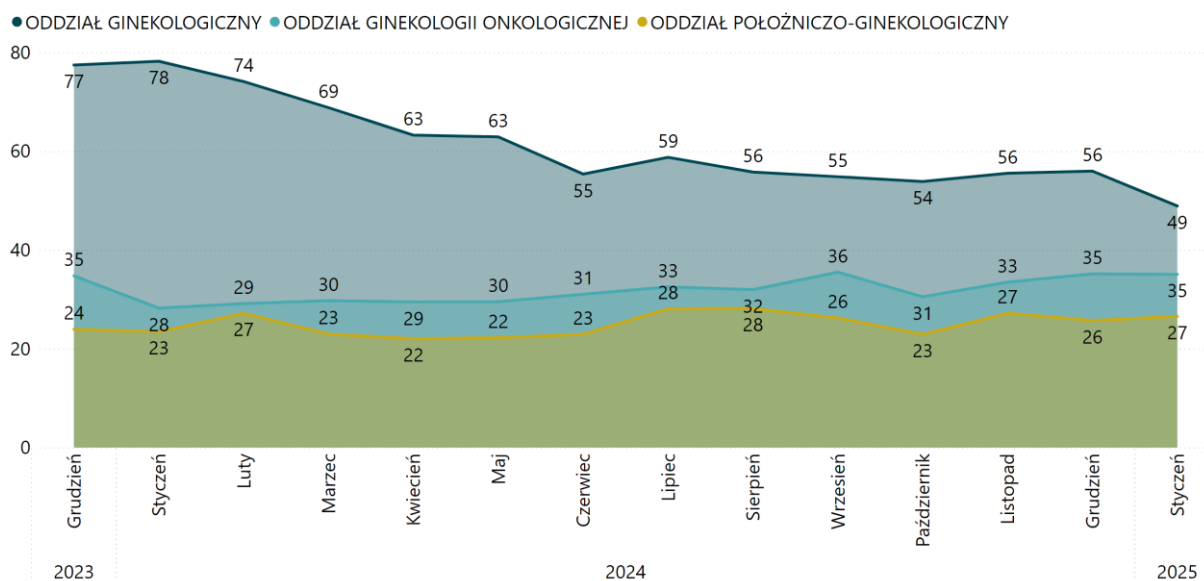
Rysunek 42. Liczba osób oczekujących do oddziału – przypadki stabilne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W przypadkach stabilnych pacjentki najdłużej oczekiwały na przyjęcie do oddziału ginekologicznego. W analizowanym okresie czas oczekiwania na udzielenie świadczeń skrócił się z 11 tygodni do 7 tygodni, przy czym średnio wyniósł 9 tygodni. Ponadto kolejki do oddziału położniczo-ginekologicznego utrzymywały się na poziomie około 3,5 tygodnia, natomiast czas oczekiwania do oddziału ginekologii onkologicznej był dłuższy i wyniósł średnio 4,5 tygodnia.

Średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału [w dniach] - przypadki stabilne

Dane za okres grudzień 2023 - styczeń 2025

**Rysunek 43. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału [w dniach] – przypadki stabilne.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

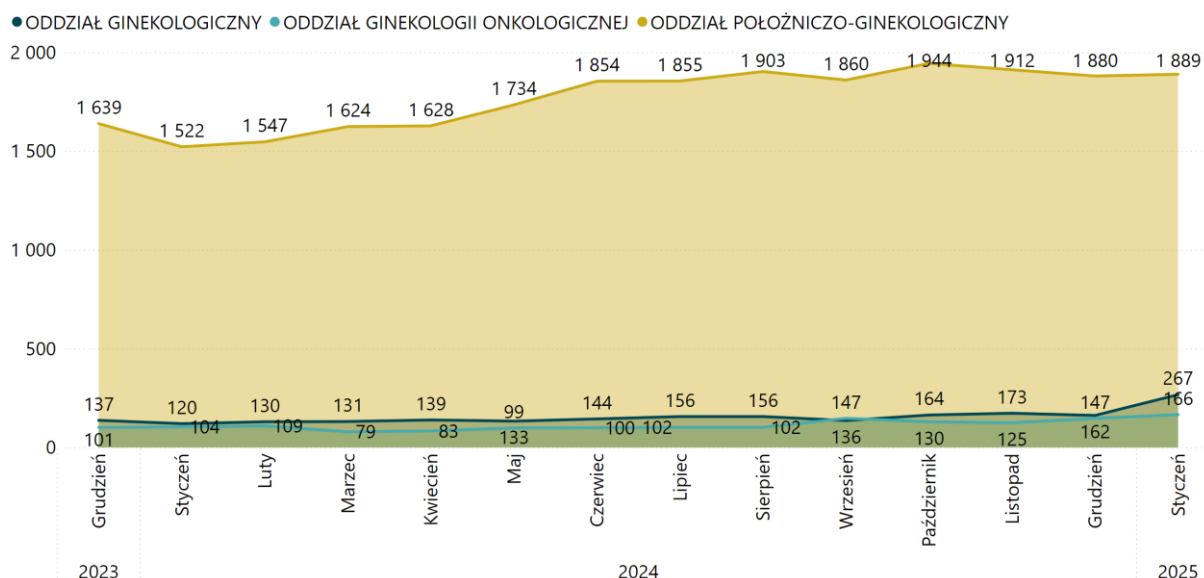
Przypadki pilne

W okresie od grudnia 2023 roku do stycznia 2025 roku, w przypadkach pilnych najczęściej pacjentek oczekiwało na przyjęcie do oddziałów położniczo-ginekologicznych – średnia miesięczna liczba oczekujących wyniosła około 1,7 tysiąca osób. Co istotne, w analizowanym okresie odnotowano wyraźny trend wzrostowy: od maja 2024 roku liczba oczekujących zaczęła sukcesywnie rosnąć osiągając w styczniu 2025 roku poziom 1,9 tys.

Podobna tendencja wzrostowa wystąpiła również w odniesieniu do innych oddziałów zajmujących się leczeniem schorzeń ginekologicznych. Liczba pacjentek oczekujących na przyjęcie do oddziału ginekologii onkologicznej wzrosła ze 101 osób w grudniu 2023 roku do 166 osób w styczniu 2025 roku. Z kolei w oddziałach ginekologicznych liczba oczekujących zwiększyła się w tym samym okresie z 137 do 267 osób.

Liczba osób oczekujących do oddziału - przypadki pilne

Dane za okres grudzień 2023 - styczeń 2025

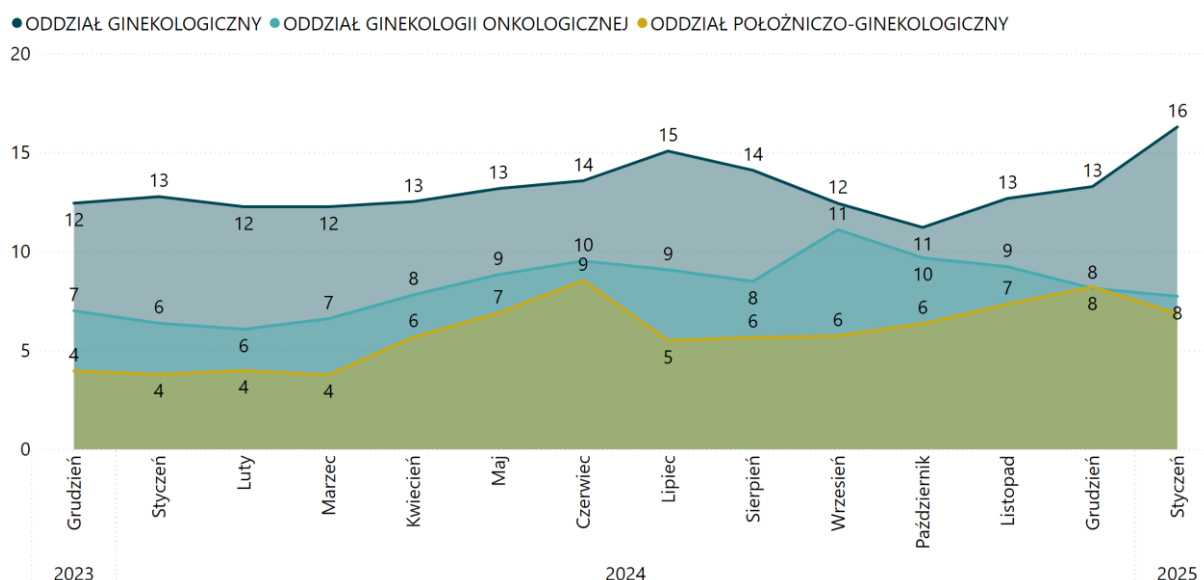
**Rysunek 44. Liczba osób oczekujących do oddziału – przypadki pilne.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W analizowanym okresie, w przypadkach pilnych średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału ginekologicznego wyniósł niecałe 2 tygodnie. Natomiast czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału ginekologii onkologicznej wyniósł średnio 8 dni, a do oddziału położniczo-ginekologicznego – 6 dni.

Średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału [w dniach] - przypadki pilne

Dane za okres grudzień 2023 - styczeń 2025

**Rysunek 45. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału [w dniach] – przypadki pilne.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 15 Liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do oddziału położniczo-ginekologicznego, ginekologicznego oraz ginekologii onkologicznej w poszczególnych województwach za okres styczeń 2025 r.

Profil oddziału	Oddział położniczo-ginekologiczny				Oddział ginekologiczny				Oddział ginekologii onkologicznej			
Kategoria medyczna	Przypadki pilne		Przypadki stabilne		Przypadki pilne		Przypadki stabilne		Przypadki pilne		Przypadki stabilne	
Województwo	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)
Dolnośląskie	92	6,36	4 602	47,32	0	1,00	296	16,50	0	0,00	2 032	42,50
Kujawsko-Pomorskie	127	10,07	1 613	42,14	64	85,00	552	210,00	12	12,00	12	14,00
Lubelskie	7	3,30	739	7,25	4	9,83	566	20,83	17	4,33	828	40,67
Lubuskie	95	5,33	1 225	31,67	–	–	–	–	–	–	–	–
Łódzkie	21	8,68	1 463	13,68	0	12,50	279	49,00	5	10,00	271	30,00
Małopolskie	78	6,71	4 330	23,86	–	–	–	–	14	11,00	272	25,00
Mazowieckie	1 054	8,74	7 308	38,62	192	22,50	2 268	76,67	0	0,00	9	14,75
Opolskie	10	2,56	926	17,56	0	0,00	335	17,00	1	0,00	287	15,00
Podkarpackie	1	1,26	1 086	12,53	0	0,00	54	17,00	–	–	–	–
Podlaskie	13	2,54	415	6,69	0	0,00	3	9,50	0	0,00	103	12,00
Pomorskie	182	21,38	3 715	44,92	–	–	–	–	92	48,50	2 048	163,50
Śląskie	147	12,92	3 787	28,26	0	0,00	51	4,00	4	8,00	5	26,00
Świętokrzyskie	0	0,00	243	8,73	–	–	–	–	0	0,00	243	55,00
Warmińsko-Mazurskie	14	3,88	984	18,00	–	–	–	–	3	10,00	117	30,00
Wielkopolskie	39	3,14	3 256	17,83	0	0,00	6	5,00	7	2,75	75	7,00
Zachodniopomorskie	9	3,89	926	27,83	7	27,00	172	39,00	11	16,00	548	53,50
łącznie	1 889	6,85	36 618	26,55	267	16,29	4 582	48,90	166	7,73	6 850	35,06

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Przeprowadzono również analizę kolejek oczekujących na świadczenia oraz średni czas oczekiwania na przyjęcie do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym do poradni ginekologicznej, położniczo-ginekologicznej oraz ginekologicznej dla dziewcząt. Szczegółowe informacje w podziale na województwa prezentuje Tabela 16 (strona 73).

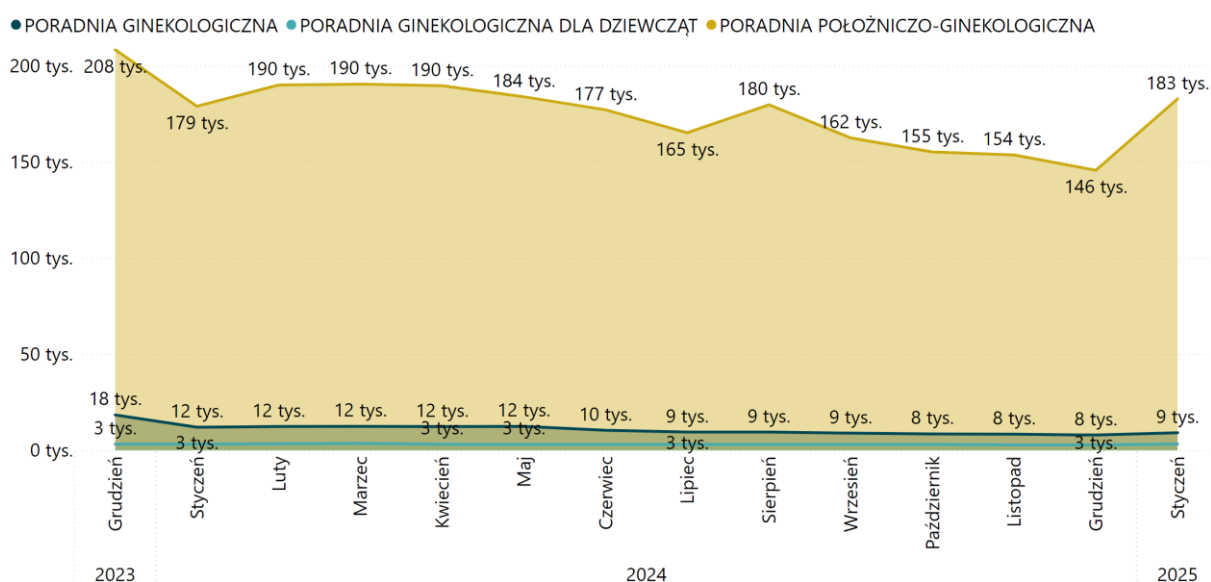
Przypadki stabilne

W okresie od grudnia 2023 roku do stycznia 2025 roku, w przypadkach stabilnych, najwięcej pacjentek oczekiwało na przyjęcie do poradni położniczo-ginekologicznej – średnia liczba oczekujących wynosiła około 176 tys. osób.

W analizowanym okresie zaobserwowano istotny spadek liczby pacjentek oczekujących na wizytę w poradni ginekologicznej – z około 18 tys. w grudniu 2023 roku do 9 tys. w styczniu 2025 roku. Kolejka do poradni ginekologicznej dla dziewcząt pozostawała natomiast na względnie stabilnym poziomie – około 3 tys. pacjentek w całym analizowanym okresie.

Liczba osób oczekujących do poradni - przypadki stabilne

Dane za okres grudzień 2023 - styczeń 2025



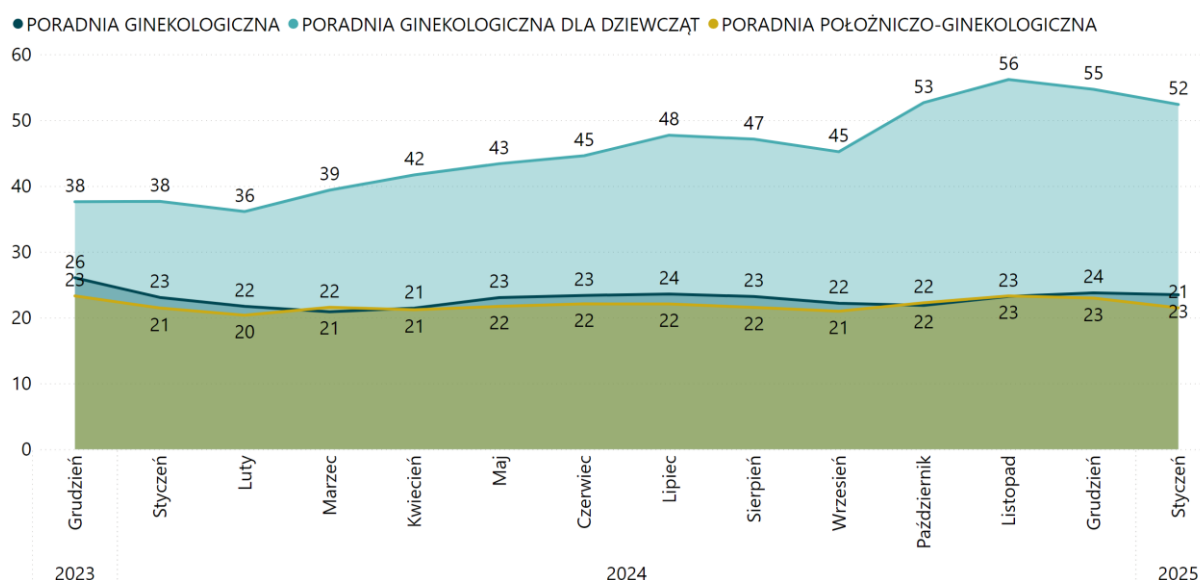
Rysunek 46. Liczba osób oczekujących do poradni – przypadki stabilne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W przypadkach stabilnych średni czas oczekiwania do poradni ginekologicznej oraz poradni położniczo-ginekologicznej utrzymywał się na poziomie około 3 tygodni. Natomiast czas oczekiwania pacjentek do poradni ginekologicznej dla dziewcząt był znacznie dłuższy i wyniósł średnio 6 tygodni. Co więcej, czas ten wydłużył się w analizowanym okresie, z 5 tygodni w grudniu 2023 roku do 7 tygodni w styczniu 2025 roku.

Średni czas oczekiwania [w dniach] do poradni - przypadki stabilne

Dane za okres grudzień 2023 - styczeń 2025



Rysunek 47. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do poradni [w dniach] – przypadki stabilne.

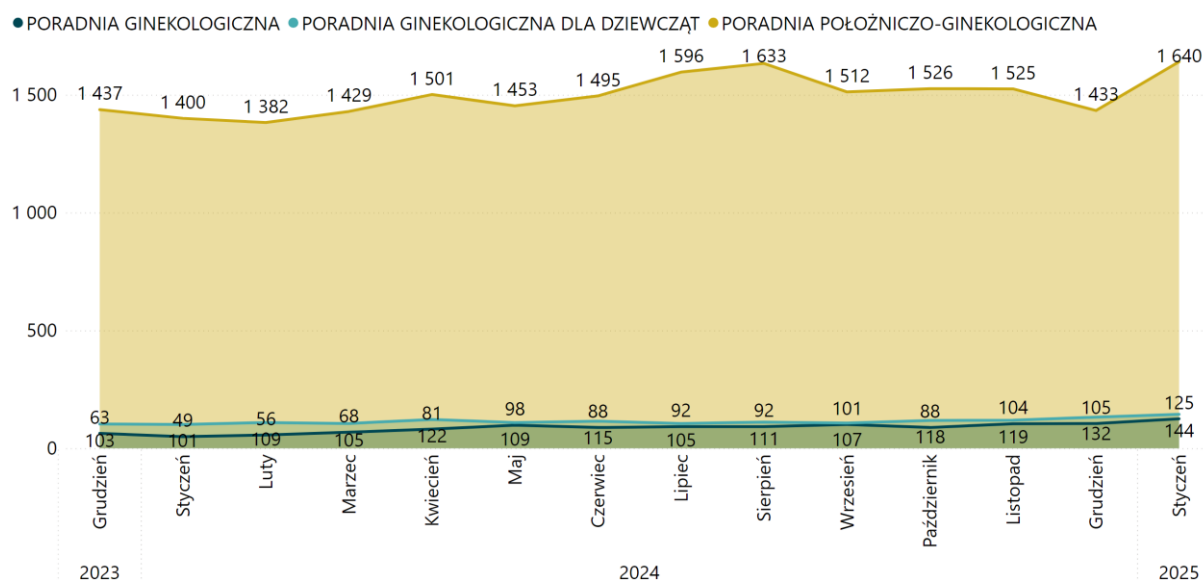
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Przypadki pilne

W okresie od grudnia 2023 roku do stycznia 2025 roku, w przypadkach pilnych najwięcej pacjentek oczekiwało na przyjęcie do poradni położniczo-ginekologicznej – średnio 1,5 tys. osób. Liczba osób oczekujących na przyjęcie do poradni ginekologicznej zwiększyła się z 63 w grudniu 2023 roku do 125 w styczniu 2025 roku. Natomiast kolejka do poradni ginekologicznej dla dziewcząt utrzymywała się na poziomie około 114 osób.

Liczba osób oczekujących do poradni - przypadki pilne

Dane za okres grudzień 2023 - styczeń 2025



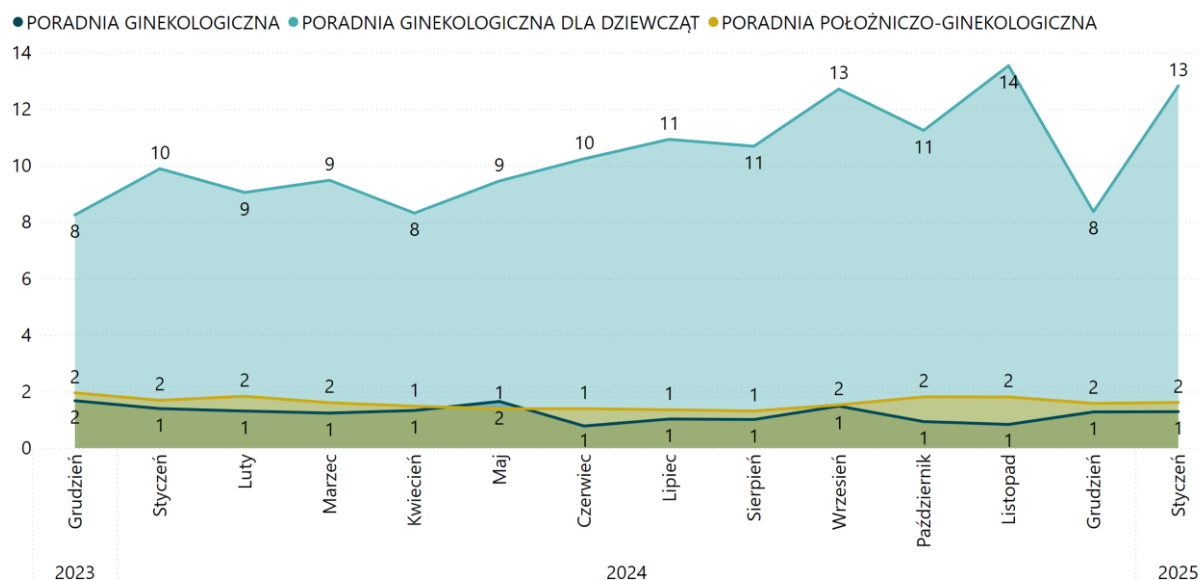
Rysunek 48. Liczba osób oczekujących do poradni – przypadki pilne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W przypadkach pilnych średni czas oczekiwania na przyjęcie do poradni ginekologicznej oraz położniczo-ginekologicznej wyniósł 1–2 dni. Natomiast czas oczekiwania do poradni ginekologicznej dla dziewcząt był najdłuższy i wyniósł średnio 10 dni. Co więcej, czas ten wydłużył się w analizowanym okresie z 8 do 13 dni.

Średni czas oczekiwania do poradni [w dniach] - przypadki pilne

Dane za okres grudzień 2023 - styczeń 2025



Rysunek 49. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do poradni [w dniach] – przypadki pilne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 16 Liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do poradni położniczo-ginekologicznej, ginekologicznej oraz ginekologicznej dla dziewcząt w poszczególnych województwach za okres styczeń 2025 r.

Profil oddziału	Poradnia położniczo-ginekologiczna				Poradnia ginekologiczna				Poradnia ginekologiczna dla dziewcząt			
Kategoria medyczna	Przypadki pilne		Przypadki stabilne		Przypadki pilne		Przypadki stabilne		Przypadki pilne		Przypadki stabilne	
Województwo	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)
Dolnośląskie	72	0,95	28 598	14,82	0	0,00	2	0,00	16	10,33	182	30,33
Kujawsko-Pomorskie	39	1,52	9 129	17,30	0	0,00	182	35,57	0	14,33	80	67,33
Lubelskie	5	0,71	7 734	21,74	1	0,00	1 744	32,14	0	0,00	87	50,00
Lubuskie	20	1,92	3 270	22,94	0	0,00	63	1,20	–	–	–	–
Łódzkie	34	1,20	9 025	14,75	0	0,00	788	14,92	18	34,00	215	40,00
Małopolskie	19	0,59	13 419	24,84	0	0,00	1	13,00	3	16,00	85	59,50
Mazowieckie	312	4,78	18 888	31,11	6	2,59	1 919	32,53	55	20,67	1 166	64,67
Opolskie	7	0,56	12 436	21,33	0	0,00	533	26,75	0	10,00	55	86,00
Podkarpackie	51	0,34	10 361	20,60	–	–	–	–	0	84,00	132	57,00
Podlaskie	13	3,41	3 165	31,71	0	0,00	6	1,67	34	19,00	150	50,50
Pomorskie	58	1,63	14 493	23,83	0	0,00	10	22,00	0	0,00	74	45,00
Śląskie	163	1,39	27 193	28,45	116	2,04	3 507	26,77	0	0,00	186	15,25
Świętokrzyskie	2	0,36	2 242	7,73	–	–	–	–	0	0,00	11	168,00
Warmińsko-Mazurskie	20	0,43	3 949	13,68	–	–	–	–	0	0,00	0	0,00
Wielkopolskie	801	2,17	12 606	20,04	2	0,71	367	9,00	9	7,50	666	115,50
Zachodniopomorskie	24	1,75	6 213	23,04	–	–	–	–	9	26,00	184	67,00
Łącznie	1 640	1,61	182 721	21,48	125	1,29	9 122	23,47	144	12,82	3 273	52,39

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

2.4.Stan finansowania w innych krajach

W celu porównania sposobu i poziomu finansowania taryfikowanych świadczeń z ich odpowiednikami w innych krajach, odnaleziono i zestawiono informacje o wycenach świadczeń w Polsce, Anglii i Niemczech. Informacje odnaleziono na stronach internetowych podmiotów zajmujących się oceną technologii medycznych oraz taryfikacją świadczeń.

Odnalezione informacje przedstawiono w podziale na poszczególne kraje i zamieszczono w załączniku nr 6. Koszty i ceny podane w innych walutach zostały przeliczone na PLN, zgodnie z aktualnymi kursami walut, opublikowanymi w serwisie internetowym Narodowego Banku Polskiego.

Dodatkowo w analizie zostały przedstawione informacje dotyczące parytetu siły nabywczej (ang. *Purchasing Power Parities*).⁴

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

Z uwagi na powyższe, a także na trudności w dotarciu do dokładnych informacji o ujętych w taryfie kosztach, niemożliwe jest jednoznaczne porównanie refundacji analizowanych procedur w Polsce i za granicą. Jeżeli nie zaznaczono inaczej, w zestawieniu ujęto koszty finansowania grup podobnych do polskich JGP (na podstawie nazwy grupy), wynikające bezpośrednio z katalogu DRG, bez uwzględnienia dodatkowych innych opłat, np. ponoszonych przez pacjenta, czy też naliczanych przez szpitale na podstawie obowiązujących w danym kraju przepisów prawa.

Podstawowe informacje o wycenie świadczeń dotyczących leczenia chorób żeńskiego układu rozrodczego w Polsce, Anglii, Niemczech zebrano w poniższej tabeli.

Tabela 17 Podsumowanie finansowania leczenia schorzeń żeńskiego układu rozrodczego w 2025 roku w poszczególnych krajach

	Polska	Anglia	Niemcy
Waluta	PLN	GBP	EUR
Kurs waluty (21.02.2025)**	nd.	5,0393	4,1705
PKB per capita (USD)*	21 504	49 476	53 550
PKB per capita PPP (USD)*	45 403	58 240	68 195
CPL*	100	170	147
CPL/CPL PL*	1	1,7	1,47
Kodowanie rozpoznań	ICD-10	ICD-10	ICD-10-GM
Kodowanie procedur	ICD-9	OPCS	OPS

⁴ 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.

	Polska	Anglia	Niemcy
Liczba grup	24	82	39
Wartość MIN	512 PLN	983 PLN	7 519 PLN
Wartość MAX	37 378 PLN	67 849 PLN	194 747 PLN
Uwagi	Klasyfikacja uwzględnia stopień złożoności stanu pacjenta.	Klasyfikacja uwzględnia stopień złożoności stanu pacjenta.	Klasyfikacja uwzględnia czynniki wpływające na stan zdrowia oraz czas trwania opieki.

Źródło: * PKB, CPL – <https://data-explorer.oecd.org> (data dostępu: 04.03.2025 r.); kurs waluty – <http://www.nbp.pl> (data dostępu: 21.02.2025 r.)

Poniżej przedstawiono informacje dotyczące wyceny świadczeń związanych z chorobami żeńskiego układu rozrodczego w Anglii i Niemczech w 2025 roku. Szczegółowe zestawienie znajduje się w załączniku nr 6.

2.4.1. Anglia

W angielskim systemie zidentyfikowano 82 grupy służące do rozliczania leczenia chorób żeńskiego układu rozrodczego, w tym 65 grup zabiegowych i 17 zachowawczych.

Na poniższym rysunku przedstawiono wycenę grup związanych z leczeniem chorób górnej części żeńskiego układu rozrodczego. Najwyższe wartości tariff obserwuje się dla dużych zabiegów wykonywanych metodą otwartą (MA07E – 47 420 PLN i MA07F – 34 761 PLN). Refundacja za zabiegi laparoskopowe i endoskopowe jest niższa niż za ich odpowiedniki wykonywane metodą otwartą (MA07 vs. MA08). Duże zabiegi są średnio około 1,4 razy droższe od średnich, natomiast średnie zabiegi są około 2,8 razy droższe od małych.

Wycena grup związanych z leczeniem schorzeń górnej części układu rozrodczego w Anglii w 2025 roku.

MA07E Duże otwarte zabiegi górnej części układu rozrodczego, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 5+	47 420 zł
MA07F Duże otwarte zabiegi górnej części układu rozrodczego, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 3-4	34 761 zł
MA28Z Kompleksowe, laparoskopowe lub endoskopowe zabiegi górnej części układu rozrodczego	29 258 zł
MA09A Średnie, laparoskopowe lub endoskopowe zabiegi górnej części układu rozrodczego, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 2+	27 520 zł
MA29Z Duże zabiegi zrostów otrzewnej miednicy mniejszej u kobiet	27 409 zł
MA07G Duże otwarte zabiegi górnej części układu rozrodczego, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 0-2	23 775 zł
MA08A Duże, laparoskopowe lub endoskopowe zabiegi górnej części układu rozrodczego, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 2+	20 969 zł
MA09B Średnie, laparoskopowe lub endoskopowe zabiegi górnej części układu rozrodczego, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 0-1	18 771 zł
MA08B Duże, laparoskopowe lub endoskopowe zabiegi górnej części układu rozrodczego, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 0-1	17 507 zł
MA11Z Średnie otwarte zabiegi górnej części układu rozrodczego	17 124 zł
MA10Z Małe, laparoskopowe lub endoskopowe zabiegi górnej części układu rozrodczego	13 001 zł
MA24Z Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego	5 453 zł
MA12Z Resekcja lub abłacja zmian wewnątrzmacicznych	4 863 zł
MA25Z Bardzo małe zabiegi górnej części układu rozrodczego	3 971 zł
MA35Z Implantacja wkładki wewnątrzmacicznej	1 608 zł

Rysunek 50. Wycena grup związanych z leczeniem chorób górnej części żeńskiego układu rozrodczego w Anglii, w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie 2024/25 Annex A of the 2023/25 NHS Payment Scheme

Na poniższym rysunku przedstawiono wycenę grup związanych z leczeniem chorób dolnej części żeńskiego układu rozrodczego. W tym obszarze nie wydzielono grup dedykowanych zabiegom

endoskopowym. Duże zabiegi są średnio około 1,3 razy droższe od średnich, natomiast średnie zabiegi są około 2,7 razy droższe od małych.

Wycena grup związanych z leczeniem schorzeń dolnej części układu rozrodczego w Anglii w 2025 roku.

MA03C Duże otwarte zabiegi dolnej części układu rozrodczego, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 3+	26 401 zł
MA04C Średnie otwarte zabiegi dolnej części układu rozrodczego, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 3+	20 127 zł
MA03D Duże otwarte zabiegi dolnej części układu rozrodczego, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 0-2	15 168 zł
MA04D Średnie otwarte zabiegi dolnej części układu rozrodczego, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 0-2	11 268 zł
MA22Z Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego	7 418 zł
MA23Z Bardzo małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego	4 435 zł

Rysunek 51. Wycena grup związanych z leczeniem chorób dolnej części żeńskiego układu rozrodczego w Anglii, w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie 2024/25 Annex A of the 2023/25 NHS Payment Scheme

Na poniższym rysunku przedstawiono wycenę grup związanych z leczeniem chorób górnej lub dolnej części żeńskiego układu rozrodczego. W tym obszarze nie wydzielono grup dedykowanych zabiegom endoskopowym. Kompleksowe zabiegi są około 1,5 razy droższe od bardzo dużych, natomiast bardzo duże zabiegi są około 2 razy droższe od średnich.

Wycena grup związanych z leczeniem schorzeń górnej lub dolnej części układu rozrodczego w Anglii w 2025 r.

MA01Z Kompleksowe otwarte zabiegi górnej lub dolnej części układu rozrodczego	62 921 zł
MA02A Bardzo duże otwarte zabiegi górnej lub dolnej części układu rozrodczego, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 4+	55 568 zł
MA02B Bardzo duże otwarte zabiegi górnej lub dolnej części układu rozrodczego, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 2-3	38 999 zł
MA02C Bardzo duże otwarte zabiegi górnej lub dolnej części układu rozrodczego, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 0-1	34 716 zł
MA30Z Średnie zabiegi zrostów otrzewnej miednicy mniejszej u kobiet	20 979 zł

Rysunek 52. Wycena grup związanych z leczeniem chorób górnej lub dolnej części żeńskiego układu rozrodczego w Anglii, w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie 2024/25 Annex A of the 2023/25 NHS Payment Scheme

Na poniższym rysunku przedstawiono wycenę grup dedykowanych chorobom nowotworowym żeńskiego układu rozrodczego w Anglii. Kompleksowe zabiegi są około 1,3 razy droższe od dużych, natomiast duże zabiegi są około 5,3 razy droższe od małych. Dodatkowo leczenie ginekologicznych nowotworów złośliwych z interwencjami jest około 1,5 razy droższe od leczenia nowotworów niezłośliwych.

Wycena grup dedykowanych chorobom nowotworowym żeńskiego układu rozrodczego w Anglii w 2025 roku.

MA26A Kompleksowe, otwarte lub laparoskopowe zabiegi górnej lub dolnej części układu rozrodczego w nowotworach złośliwych, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 5+	67 849 zł
MA06A Duże, otwarte lub laparoskopowe, zabiegi górnej lub dolnej części układu rozrodczego w nowotworach złośliwych, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 4+	57 221 zł
MB05C Leczenie ginekologicznych nowotworów złośliwych z interwencjami, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 9+	53 890 zł
MA26B Kompleksowe, otwarte lub laparoskopowe zabiegi górnej lub dolnej części układu rozrodczego w nowotworach złośliwych, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 2-4	52 071 zł
MB05D Leczenie ginekologicznych nowotworów złośliwych z interwencjami, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 6-8	36 767 zł
MA06B Duże, otwarte lub laparoskopowe, zabiegi górnej lub dolnej części układu rozrodczego w nowotworach złośliwych, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 2-3	35 809 zł
MB09A Leczenie ginekologicznych nowotworów niezłośliwych z interwencjami, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 6+	33 557 zł
MB05G Leczenie zachowawcze ginekologicznych chorób nowotworowych, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 10+	33 113 zł
MA26C Kompleksowe, otwarte lub laparoskopowe zabiegi górnej lub dolnej części układu rozrodczego w nowotworach złośliwych, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 0-1	31 758 zł
MA06C Duże, otwarte lub laparoskopowe, zabiegi górnej lub dolnej części układu rozrodczego w nowotworach złośliwych, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 0-1	26 885 zł
MB05E Leczenie ginekologicznych nowotworów złośliwych z interwencjami, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 3-5	25 630 zł
MB05H Leczenie zachowawcze ginekologicznych chorób nowotworowych, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 7-9	25 071 zł
MB09B Leczenie zachowawcze ginekologicznych nowotworów niezłośliwych, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 6+	18 444 zł
MB09D Leczenie ginekologicznych nowotworów niezłośliwych z interwencjami, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 3-5	18 247 zł
MB05F Leczenie ginekologicznych nowotworów złośliwych z interwencjami, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 0-2	17 774 zł
MB05J Leczenie zachowawcze ginekologicznych chorób nowotworowych, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 4-6	17 693 zł
MB09C Leczenie ginekologicznych nowotworów niezłośliwych z interwencjami, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 0-2	13 939 zł
MB05K Leczenie zachowawcze ginekologicznych chorób nowotworowych, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 2-3	11 495 zł
MB09E Leczenie zachowawcze ginekologicznych nowotworów niezłośliwych, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 3-5	8 925 zł
MB05L Leczenie zachowawcze ginekologicznych chorób nowotworowych, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 0-1	7 730 zł
MA27Z Małe zabiegi górnej lub dolnej części układu rozrodczego, w nowotworach złośliwych	7 534 zł
MB09F Leczenie zachowawcze ginekologicznych nowotworów niezłośliwych, powikłania lub choroby współistniejące z wynikiem 0-2	3 764 zł

Rysunek 53. Wycena grup dedykowanych chorobom nowotworowym żeńskiego układu rozrodczego w Anglii, w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie 2024/25 Annex A of the 2023/25 NHS Payment Scheme

Na poniższym rysunku przedstawiono wycenę grup dotyczących zakończenia ciąży w Anglii. Leczenie zabiegowe poronień jest blisko 4 razy droższe niż zachowawcze. Zabiegowa aborcja lub opieka po poronieniu jest 1,5-2 razy droższa niż medyczna przed 20. tygodniem, ale różnica maleje po 20. tygodniu.

Wycena grup związanych z zakończeniem ciąży w Anglii w 2025 roku.

MA50Z Zabiegowa aborcja lub opieka po poronieniu, powyżej 20. tygodnia ciąży	14 307 zł
MA51Z Zabiegowa aborcja lub opieka po poronieniu, pomiędzy 14. a 20. tygodniem ciąży	14 039 zł
MA53Z Medyczna aborcja lub opieka po poronieniu, powyżej 20. tygodnia ciąży	13 813 zł
MB08A Zabiegi w zagrażającym lub spontanicznym poronieniu	11 081 zł
MA52A Zabiegowa aborcja lub opieka po poronieniu, poniżej 14. tygodnia ciąży, z zastosowaniem długo działających środków antykoncepcyjnych	9 373 zł
MA52B Zabiegowa aborcja lub opieka po poronieniu, poniżej 14. tygodnia ciąży, bez zastosowania długo działających środków antykoncepcyjnych	8 920 zł
MA54Z Medyczna aborcja lub opieka po poronieniu, pomiędzy 14. a 20. tygodniem ciąży	6 707 zł
MA55A Medyczna aborcja lub opieka po poronieniu, pomiędzy 9. a 14. tygodniem ciąży, z zastosowaniem długo działających środków antykoncepcyjnych	6 128 zł
MA56A Medyczna aborcja lub opieka po poronieniu, poniżej 9. tygodnia ciąży, z zastosowaniem długo działających środków antykoncepcyjnych	5 352 zł
MA55B Medyczna aborcja lub opieka po poronieniu, pomiędzy 9. a 14. tygodniem ciąży, bez zastosowania długo działających środków antykoncepcyjnych	4 651 zł
MA56B Medyczna aborcja lub opieka po poronieniu, poniżej 9. tygodnia ciąży, bez zastosowania długo działających środków antykoncepcyjnych	3 875 zł
MB08B Leczenie zachowawcze w zagrażającym lub spontanicznym poronieniu	2 903 zł
MA48Z Leczenie ciąży pozamaciowej	2 756 zł

Rysunek 54. Wycena grup związanych z zakończeniem ciąży w Anglii, w 2025 roku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie 2024/25 Annex A of the 2023/25 NHS Payment Scheme

Na poniższym rysunku przedstawiono wycenę grup związanych z diagnostyką chorób żeńskiego układu rozrodczego w Anglii. W katalogu HRG wyodrębniono grupy dla procedur diagnostycznych w tym dla diagnostycznych histeroskopii, USG, kolposkopii i salpingografii. W przypadku histeroskopii jednocześnie wykonanie biopsji podnosi koszt procedury o 30%, natomiast jednocześnie wykonanie przezpochwowego USG i biopsji – o 50%.

Wycena grup diagnostycznych dedykowanych chorobom żeńskiego układu rozrodczego w Anglii w 2025 roku.

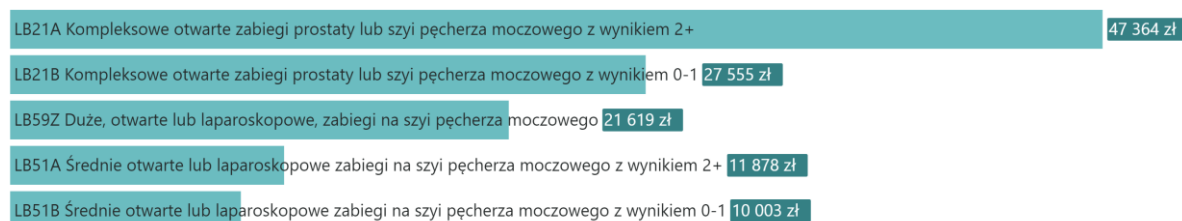


Rysunek 55. Wycena grup diagnostycznych dedykowanych chorobom żeńskiego układu rozrodczego w Anglii, w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie 2024/25 Annex A of the 2023/25 NHS Payment Scheme

Na poniższym rysunku przedstawiono wycenę grup związanych z leczeniem nietrzymania moczu w Anglii. W tym obszarze nie wydzielono grup dedykowanych zabiegom z użyciem materiałów wszczepialnych. Kompleksowe zabiegi są około 1,7 razy droższe od dużych, natomiast duże zabiegi są około 2 razy droższe od średnich.

Wycena grup związanych z leczeniem nietrzymania moczu w Anglii w 2025 roku.



Rysunek 56. Wycena grup związanych z leczeniem nietrzymania moczu w Anglii, w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie 2024/25 Annex A of the 2023/25 NHS Payment Scheme

2.4.2. Niemcy

W niemieckim systemie zidentyfikowano 39 grup służących do rozliczania analizowanych świadczeń w tym 34 grupy zabiegowe i 5 grup zachowawczych.

Na poniższym rysunku przedstawiono wycenę grup zachowawczych związanych z leczeniem chorób żeńskiego układu rozrodczego.

Wycena grup zachowawczych związanych z leczeniem chorób żeńskiego układu rozrodczego w Niemczech w 2025 r.

N60A Nowotwór złośliwy żeńskich narządów płciowych, więcej niż jeden dzień pobytu, wiek < 19 lat lub bardzo ciężki CC	47 499 zł
N60B Nowotwór złośliwy żeńskich narządów płciowych, jeden dzień pobytu lub wiek > 18 lat, bez bardzo ciężkiego CC	18 155 zł
N61Z Zakażenia i stany zapalne żeńskich narządów płciowych	11 077 zł
N62A Zaburzenia miesiączkowania i inne choroby żeńskich narządów płciowych ze złożoną diagnozą lub wiek < 16 lat	10 636 zł
N62B Zaburzenia miesiączkowania i inne choroby żeńskich narządów płciowych bez złożonej diagnozy, wiek > 15 lat	7 909 zł

Rysunek 57. Wycena grup zachowawczych związanych z leczeniem chorób żeńskiego układu rozrodczego w Niemczech, w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Fallpauschalen-Katalog aG-DRG-Version 2025

W poniższej tabeli przedstawiono wycenę grup zabiegowych związanych z leczeniem chorób żeńskiego układu rozrodczego. Najwyższe wartości taryf obserwuje się dla wieloetapowych złożonych procedur operacyjnych (194 747 zł).

Tabela 18 Wycena grup zabiegowych związanych z leczeniem chorób żeńskiego układu rozrodczego w Niemczech, w 2025 r.

aG-DRG kod i nazwa	Wycena [zł]
N01A Wytrzewienie miednicy, złożona wulwektomia lub określona limfadenektomia z bardzo ciężkim CC, bez złożonego zabiegu, bez komplikujących okoliczności, z wielonarządowym zabiegiem chirurgicznym	140 106
N01B Wytrzewienie miednicy, złożona wulwektomia lub określona limfadenektomia z bardzo ciężkim CC, bez złożonego zabiegu, bez komplikujących okoliczności, bez wielonarządowego zabiegu chirurgicznego	110 680
N01C Wytrzewienie miednicy, złożona wulwektomia lub określona limfadenektomia z ciężkim CC	78 479
N01D Wytrzewienie miednicy, złożona wulwektomia lub określona limfadenektomia bez bardzo ciężkiego lub ciężkiego CC	52 985
N02A Zabiegi na macicy i przydatkach lub niektórych przepuklinach oraz duże zabiegi chirurgiczne na pochwie, szyjce macicy i sromie z powodu nowotworów złośliwych lub określone zabiegi na jelitach lub rekonstrukcjach pochwy i sromu, ze bardzo ciężkim CC	104 152
N02B Zabiegi na macicy i przydatkach lub niektórych przepuklinach oraz duże zabiegi chirurgiczne na pochwie, szyjce macicy i sromie z powodu nowotworów złośliwych lub określone zabiegi na jelitach lub rekonstrukcjach pochwy i sromu, bez bardzo ciężkiego CC, ze złożoną procedurą	57 810
N02C Zabiegi na macicy i przydatkach lub niektórych przepuklinach oraz duże zabiegi chirurgiczne na pochwie, szyjce macicy i sromie z powodu nowotworów złośliwych lub określone zabiegi na jelitach lub rekonstrukcjach pochwy i sromu, bez bardzo ciężkiego CC, bez złożonej procedury, z umiarkowaniem złożoną procedurą	42 227
N02D Zabiegi na macicy i przydatkach lub niektórych przepuklinach oraz duże zabiegi chirurgiczne na pochwie, szyjce macicy i sromie z powodu nowotworów złośliwych, bez bardzo ciężkiego CC, bez złożonej procedury, bez umiarkowania złożonej procedury	28 428
N04Z Histerektomia, z wyjątkiem nowotworu złośliwego, z bardzo ciężkim lub ciężkim CC lub ze złożoną procedurą	47 774
N05A Owariektomia i złożone zabiegi na jajowodach z wyjątkiem nowotworów złośliwych, z bardzo ciężkim lub ciężkim CC lub niektóre zabiegi na pęcherzu moczowym	54 550
N05B Owariektomia i złożone zabiegi na jajowodach z wyjątkiem nowotworów złośliwych, bez bardzo ciężkiego lub ciężkiego CC lub bez niektórych zabiegów na pęcherzu moczowym lub adhezjolyzy, wiek > 15 lat	17 454
N06Z Złożone rekonstrukcyjne zabiegi na żeńskich narządach płciowych lub określona embolizacja naczyń trzewnych i innych naczyń jamy brzusznej z wyjątkiem nowotworów złośliwych lub inna histerektomia z wyjątkiem nowotworów złośliwych z plastyką dna miednicy	23 051
N07A Inne zabiegi na macicy i przydatkach lub niektóre przepukliny, z wyjątkiem nowotworów złośliwych, ze złożoną diagnozą lub niektóre zabiegi na macicy lub drobne zabiegi rekonstrukcyjne żeńskich narządów	18 697

aG-DRG kod i nazwa	Wycena [zł]
płciowych, z określoną procedurą	
N07B Inne zabiegi na macicy i przydatkach lub niektóre przepukliny, z wyjątkiem nowotworów złośliwych, ze złożoną diagnozą lub niektóre zabiegi na macicy lub drobne zabiegi rekonstrukcyjne żeńskich narządów płciowych, bez określonej procedury	15 179
N08Z Endoskopowe zabiegi na żeńskich narządach płciowych lub inne zabiegi na macicy i przydatkach lub operacje przepukliny z wyjątkiem nowotworów złośliwych, bez złożonej diagnozy lub inna drobna operacja żeńskich narządów płciowych, wiek < 14 lat	22 647
N09A Brachyterapia w chorobach żeńskich narządów płciowych, jeden dzień pobytu	7 519
N09B Inne zabiegi na pochwie, szyjce macicy i sromie, małe zabiegi na pęcherzu, macicy, ścianie brzucha i otrzewnej	15 888
N10Z Diagnostyczne łyżeczkowanie, histeroskopia, sterylizacja, badanie drożności jajowodów i drobne zabiegi na pochwie i sromie	13 557
N11A Inne zabiegi operacyjne na żeńskich narządach płciowych z określoną procedurą lub złożoną diagnozą z bardzo ciężkim CC	68 679
N11B Inne zabiegi operacyjne na żeńskich narządach płciowych, bez określonej procedury, bez złożonej diagnozy lub bardzo ciężkiego CC	32 300
N13A Poważna operacja pochwy, szyjki macicy i sromu z wyjątkiem nowotworu lub drobne zabieg na pochwie / zatoce Douglasa lub zabieg na pęcherzu moczowym, wiek > 80 lat lub bardzo ciężki lub ciężki CC lub określone zamknięcie przetoki lub embolizacja naczyń trzewnych i innych naczyń brzusznych w przypadku nowotworu złośliwego	38 974
N13B Duże zabiegi na pochwie, szyjce macicy i sromie z wyjątkiem nowotworu lub mały zabieg na pochwie / zatoce Douglasa lub określony zabieg na pęcherzu moczowym, wiek < 81 lat, bez bardzo ciężkiego lub ciężkiego CC, bez określonego zamknięcia przetoki, ze złożoną interwencją	19 283
N13C Duże operacje pochwy, szyjki macicy i sromu z wyjątkiem nowotworów złośliwych lub drobna operacja pochwy i zatoki Douglasa lub określona operacja pęcherza moczowego, wiek < 81 lat, bez bardzo ciężkiego lub ciężkiego CC, bez określonego zamknięcia przetoki, bez złożonej operacji	14 706
N14Z Określona histerektomia z wyjątkiem nowotworu złośliwego z plastyką dna miednicy lub brachyterapią w przypadku chorób żeńskich narządów rozrodczych, > 1 dnia pobytu, z bardzo ciężkim CC lub owarięktomią i złożonymi zabiegami na jajowodach, z wyjątkiem nowotworu złośliwego, bez bardzo ciężkiego lub ciężkiego CC, wiek < 16 lat	30 996
N15Z Radioterapia w przypadku chorób żeńskich narządów płciowych, radioterapia przez co najmniej 9 dni	80 818
N16A Radioterapia w przypadku chorób żeńskich narządów płciowych, więcej niż jeden dzień pobytu, naświetlanie przez co najmniej 5 dni	34 501
N16B Radioterapia w przypadku chorób żeńskich narządów płciowych, więcej niż jeden dzień pobytu, naświetlanie przez mniej niż 5 dni lub brachyterapia	16 171
N21A Histerektomia z wyjątkiem nowotworu złośliwego, bez bardzo ciężkiego lub ciężkiego CC, bez złożonej procedury, bez plastyki dna miednicy lub subtotalna i inna histerektomia z powodu nowotworu złośliwego lub złożona miomektomia, ze złożoną procedurą	24 345
N21B Histerektomia z wyjątkiem nowotworu złośliwego, bez bardzo ciężkiego lub ciężkiego CC, bez złożonej procedury, bez plastyki dna miednicy lub subtotalna i inna histerektomia z powodu nowotworu złośliwego lub złożona miomektomia, bez złożonej procedury	21 689
N23Z Inne zabiegi rekonstrukcyjne żeńskich narządów płciowych lub inna miomektomia	22 640
N25Z Inne operacje macicy i przydatków lub niektóre przepukliny z wyjątkiem nowotworów złośliwych, bez złożonej diagnozy lub inne drobne zabiegi żeńskich narządów płciowych, wiek > 13 lat	16 542
N33Z Wieloetapowe złożone procedury operacyjne w chorobach żeńskich narządów płciowych	194 747
N34Z Rozległe zabiegi na jelicie lub pęcherzu moczowym w chorobach żeńskich narządów płciowych	94 121
N38Z Komplikuja "konstelacja" z określonym zabiegiem w chorobach żeńskich narządów płciowych lub wytrzewienie miednicy u kobiety oraz radykalna wulwektomia lub określona limfadenektomia, z wyjątkowo ciężkimi CC, złożonym zabiegiem lub komplikującą "konstelacją"	160 149

Źródło: opracowanie własne na podstawie Fallpauschalen-Katalog 2025

2.5.Cenniki komercyjne

W celach porównawczych zebrano informacje o cenach komercyjnych usług medycznych odpowiadających taryfikowanym świadczeniom gwarantowanym. Analizowane dane pochodziły z cenników zamieszczonych na stronach internetowych świadczeniodawców.

Zgromadzony materiał pozwolił na ogólne zobrazowanie różnic między wyceną świadczeń w systemie publicznym a cenami oferowanymi na rynku komercyjnym. Analiza ta napotkała jednak szereg istotnych ograniczeń, które wpłynęły na jej zakres i interpretację wyników:

- Brak szczegółowych informacji o składowych ceny komercyjnej świadczenia – nie było możliwe jednoznaczne ustalenie, czy publikowane ceny obejmują wszystkie elementy procedury (np. konsultację kwalifikacyjną, znieczulenie, pobyt, badania diagnostyczne).
- Niewielka liczba dostępnych danych dla większości świadczeń – ograniczona próba cen komercyjnych, szczególnie w przypadku mniej popularnych lub bardziej specjalistycznych procedur, nie pozwala na przeprowadzenie rzetelnej analizy statystycznej oraz wykazanie istotności różnic.
- Znaczna zmienność cen – zarówno w obrębie poszczególnych procedur, jak i pomiędzy procedurami składającymi się na jedną Jednorodną Grupę Pacjentów (JGP). Różnice te mogą wynikać z lokalizacji świadczeniodawcy, renomy placówki, zastosowanych technologii, poziomu świadczeń dodatkowych.
- Ograniczony dostęp do komercyjnych cenników – szczególnie w przypadku procedur zabiegowych, dla których ceny często ustalane są indywidualnie po konsultacji. Dodatkowo, brak informacji o wycenie leczenia zachowawczego uniemożliwia porównania w tym zakresie.

Z uwagi na powyższe ograniczenia zrezygnowano z przeprowadzenia pełnej analizy porównawczej cen komercyjnych w odniesieniu do aktualnych wartości katalogowych świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Szczegółowe dane dotyczące statystyk opisowych zostały przedstawione w załączniku nr 7.

2.6.Uwagi do świadczenia

W przesłanych do Agencji uwagach dotyczących analizowanych świadczeń, środowisko zgłasza niedoszacowanie wszystkich grup z sekcji M, a w szczególności: M02 *Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego **, M03 *Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego **, M04 *Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego **, M05 *Zabiegi w nietrzymaniu moczu **, M13 *Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego **, M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego **, M26 *Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego*, M27 *Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej*, M30 *Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego*, M31 *Leczenie niepłodności żeńskiej*, wynikające m.in. z:

- znacznej inflacji powodującej wzrost cen materiałów użytych do zabiegów,
- wzrostu płac pracowników, kosztów mediów,
- braku uwzględnienia długości hospitalizacji i zaangażowania personelu oddziałowego oraz bloku operacyjnego,
- nieuwzględnienia w wycenach zaawansowanej diagnostyki obrazowej oraz dodatkowych procedur,

- nieuwzględnienia w wycenach dodatkowo zlecanych badań oraz leczenia chorób współistniejących,
- nieuwzględnienia w wycenach kosztów sprzętu laparoskopowego.

Świadczeniodawcy postulują o:

- uwzględnienie specyfiki świadczeń i zróżnicowanie wycen procedur medycznych dla III poziomu referencyjności,
- refundowanie cytologii LBC, kolposkopii z zastosowaniem procedur wspomagających rozpoznanie - sztuczna inteligencja,
- zmianę sposobu rozliczania świadczeń związanych z leczeniem chorych na raka jajnika, jajowodu i otrzewnej w zaawansowanym stadium (zmiany zlokalizowane w obszarze całej jamy brzusznej i miednicy) poprzez zastosowanie przeliczników za każdą kolejną resekcję (np. resekcja przednia odbytnicy, resekcje odcinkowe jelit, splenektomia, omentektomia, limfadenektomia) - współczynnik 0,3 od wartości każdej dodatkowej procedury lub wprowadzenie przelicznika 1,5 za każdą operację raka jajnika, jajowodu lub otrzewnej w stopniu zaawansowania III lub IV wg FIGO,
- rozróżnienie wyceny operacji ze względu na poszczególne metody usunięcia macicy – metoda laparoskopowa, w asyście robota da Vinci, klasyczna przezbrzuszną,
- wprowadzenie procedury profilaktycznej adnexectomii u pacjentek po leczeniu raka piersi,
- wprowadzenie 2 procedur: transpozycja jajników przed leczeniem u pacjentek i dzieci onkologicznych, które mają mieć naświetlanie miednicę mniejszą (ICD-9 65.73 *Plastyka jajowodu i jajnika*) oraz pobranie celem zamrożenia tkanki jajnikowej przed leczeniem onkologicznym celem zachowania płodności oraz funkcji hormonalnych kobiety,
- dodanie do charakterystyki JGP procedury ICD-9: 67.324 *Elektrokoagulacja szyjki macicy*,
- wyższą wycenę grupy M13 *Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego **. Procedury wymagają zarówno długiego znieczulenia, badania histopatologicznego i często długiego okresu operacyjnego i okołoperacyjnego. Ich obecna wycena w porównaniu z zabiegami w nietrzymaniu moczu (M05) jest bardzo zaniżona. Świadczeniodawcy rekomendują podwyższenie wyceny o 30%,
- wyższą wycenę grup M03 *Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego **, M04 *Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego **, M05 *Zabiegi w nietrzymaniu moczu **, M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego ** ze względu na stopień zaangażowania personelu medycznego, koszty używanego sprzętu i aparatury medycznej, a także koszty po leczeniu zabiegowym, pobyt w formie hospitalizacji, które przewyższają przychody z NFZ z tytułu realizacji tego świadczenia,
- wyższą wycenę procedury chirurgicznej konizacji szyjki macicy (67.2), ze względu na długość hospitalizacji i zaangażowanie personelu oddziałowego oraz bloku operacyjnego,
- zniesienie czasu pobytu dla grupy M04 *Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego **, głównie dla procedur 71.22 *Nacięcie torbieli gruczołu Bartholina*, 71.23 *Marsupializacja torbieli gruczołu Bartholina* i 71.3 *Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza*, które wymagają dłuższego pobytu niż dedykowany w grupie,
- wyższą wycenę grupy M30 *Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego* – ze względu na zaawansowaną diagnostykę obrazową oraz dodatkowe procedury np. cystoskopię, kolposkopię,

- zmianę wyceny procedury 68.51 *Wycięcie macicy drogą pochwową w asyście laparoskopowej*,
- wyższą wycenę grupy M31 *Leczenie niepłodności żeńskiej*, której koszt rzeczywisty jest większy o 334% w stosunku do wyceny,
- wyższą wycenę grupy M30 *Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego* – koszt wyższy o 140% w stosunku do wyceny w przypadku hospitalizacji > 3 dni i 140% w stosunku do wyceny w przypadku hospitalizacji poniżej 3 dni,
- wyższą wycenę grupy M27 *Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej* – koszt wyższy o 222% w stosunku do wyceny w przypadku hospitalizacji > 3 dni i 140% w stosunku do wyceny w przypadku hospitalizacji poniżej 3 dni,
- wyższą wycenę grupy M26 *Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego* – koszt wyższy o 340% w stosunku do wyceny w przypadku hospitalizacji > 3 dni i 140% w stosunku do wyceny w przypadku hospitalizacji poniżej 3 dni.

Świadczeniodawcy zwracają uwagę na zbyt niską wycenę kosztochłonnych procedur, np.

- w grupie M05 *Zabiegi w nietrzymaniu moczu** ceny stosowanych taśm z polipropylenu, sprzętu jednorazowego oraz koszty traktu operacyjnego prawie równają się z wyceną procedury,
- w grupie M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego** koszty sprzętu laparoskopowego przewyższają wycenę procedury,
- w grupie M13 *Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego **, w której skład wchodzi duże poważne zabiegi chirurgiczne, wycena jest nieadekwatna do ponoszonych kosztów,
- w grupie M30 *Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego* ze względu na zaawansowaną diagnostykę obrazową i dodatkowe procedury np. cystoskopię, kolposkopię.

Środowisko sugeruje przeniesienie procedur:

- do grupy M02 *Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego **:
 - 59.51 *Operacja metodą Burcha*
 - 68.312 *Nadszytkowe usunięcie macicy w asyście laparoskopowej*
 - 68.391 *Nadszytkowe wycięcie macicy*
 - 68.41 *Proste wycięcie macicy*
 - 68.51 *Wycięcie macicy drogą pochwową w asyście laparoskopowej*
 - 68.59 *Inne wycięcie macicy drogą pochwową*
 - 68.23 *Pochwowa operacja przewlekłego wypadania macicy*
 - 69.492 *Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy*
 - 69.493 *Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy z rekonstrukcją*
 - 68.291 *Usunięcie mięśniaka macicy*
 - 69.222 *Operacja manchesterska*
 - 69.42 *Zamknięcie przetoki macicy*
- do grupy M03 *Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego*:
 - 67.324 *Elektrokoagulacja szyjki macicy.*
- do grupy M11 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw **:
 - 68.42 *Poszerzone wycięcie macicy.*
- do grupy M13 *Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego **:
 - 65.25 *Inne laparoskopowe wycięcie lub zniszczenie zmiany jajnika*
 - 66.4 *Całkowite jednostronne wycięcie jajowodu*

- 66.61 Wycięcie lub zniszczenie zmiany jajowodu
- 66.62 Wycięcie jajowodu z ciążą jajowodową
- 68.291 Usunięcie mięśniaka macicy.

Zdaniem środowiska sprzeczna jest charakterystyka JGP świadczenia M16 *Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej** – NFZ określa wykluczające się zasady kierunkowe. Warunkiem wystarczającym jest wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań M16 lub wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy M16 oraz procedury 69.01 *Rozszerzenie kanału szyjki i wytyżeczowanie ścian jamy macicy w celu zakończenia ciąży* lub 69.02 *Rozszerzenie kanału szyjki i wytyżeczowanie ścian jamy macicy po porodzie lub poronieniu*. Niejednoznaczne jest więc czy świadczenie powinno być rozliczane jako zabiegowe kierowane procedurą czy niezabiegowe kierowanie rozpoznaniem. Świadczeniodawca rekomenduje rozdzielenie tego rozliczenia na dwa: zabiegowe i niezabiegowe, biorąc pod uwagę fakt wykonania procedury lub nie i adekwatną wycenę nowego świadczenia.

Środowisko podkreśla potrzebę zmiany poziomu finansowania świadczenia gwarantowanego inseminacji domacicznej – zabiegu mającego na celu ułatwienie naturalnego zapłodnienia poprzez pokonanie bariery śluzu szyjkowego. Procedura ta, ze względu na bardzo niską wycenę, nie jest wykonywana przez większość publicznych jednostek, co skazuje pacjentów na korzystanie z bardzo kosztownych świadczeń oferowanych przez ośrodki komercyjne. Świadczeniodawcy wskazują, że realny koszt wykonania sztucznej inseminacji z uwzględnieniem oceny semiologicznej i przygotowaniem nasienia wynosi ok. 1 200 zł.

Dodatkowo świadczeniodawcy zwracają uwagę na niedoszacowanie procedury 59.795 *Leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu z użyciem taśmy podcewkowej*, w której nie jest uwzględniony koszt samej taśmy podcewkowej (1 200–1 400 zł) oraz nie jest brany pod uwagę czas hospitalizacji i inne koszty pośrednie. Niedoszacowanie procedury powoduje próby oszczędzania świadczeniodawców poprzez stosowanie niskiej jakości, niecertyfikowanych implantów, co następnie powoduje powikłania związane z nieprawidłowym położeniem implantów, perforacjami do światła pochwy i pęcherza moczowego. Generuje to konieczność reoperacji, nieskuteczność leczenia oraz powoduje wzrost kosztów leczenia kobiet z nietrzymaniem moczu. Zdaniem świadczeniodawców racjonalna wycena procedury powinna być zwiększona o koszt implantu.

Środowisko podkreśla potrzebę doszacowania wyceny procedury 70.77 *Podwieszenie i umocowanie pochwy* - procedury wykonywanej z dwóch dróg dostępu - przezpochwowo oraz laparoskopowo. W przypadku zastosowania materiału protezującego wycena powinna uwzględniać konieczność zastosowania implantu oraz dodatkowo używanego sprzętu. Koszt materiału protezującego - implantu waha się między 1 300–1 800 zł. Ponadto amortyzacja kolumny laparoskopowej oraz narzędzi stanowi dodatkowy koszt.

Świadczeniodawcy postulują również o zróżnicowanie wyceny procedur wykonywanych drogą laparoskopową od wyceny procedur wykonywanych drogą brzuszną w zakresie ginekologii. Procedura wykonywana drogą laparoskopową jest procedurą droższą w przeprowadzeniu ze względu na wysoki koszt sprzętu laparoskopowego - kolumny, światłowodów, insuflatorów, narzędzi oraz sprzętu jednorazowego. Procedury laparoskopowe, będąc procedurami małoinwazyjnymi skracają czas pobytu pacjentki w szpitalu, ograniczają czas niezdolności do pracy, ograniczają konieczność stosowania antybiotykoterapii oraz ograniczają liczbę powikłań. Ze względu na jednakową wycenę,

w Polsce mało procedur ginekologicznych wykonywanych jest drogą laparoskopową, co na świecie jest podstawą standardu opieki ginekologicznej.

Dodatkowo w toku prac analitycznych pozyskano informacje o potrzebie modyfikacji zasad rozliczania świadczeń związanych z usuwaniem ognisk endometriozy z obszaru żeńskich narządów rodnych w celu poprawy ich finansowania. Środowisko wnioskuję o zniesienie reguły kolejności, uniemożliwiającej rozliczenie lepiej wycenioną grupą w przypadku rozpoznania głównego N80 *Gruźlica śródmaciczna (endometrioza)* oraz rozpoznania dodatkowego np. K66.8 *Inne określone zaburzenia otrzewnej* (rozpoznanie kierunkowe w grupach o wyższej wycenie). Jednocześnie środowisko postuluje o włączenie zaawansowanej, głębokiej endometriozy do grupy M11 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw ** z odpowiednim udokumentowaniem zaawansowanego charakteru przypadku.

3. Projekt taryfy

3.1. Pozyskanie danych

W celu ustalenia taryfy świadczeń będących przedmiotem niniejszego raportu przeprowadzono dedykowane postępowanie (nr 52) służące pozyskaniu danych o kosztach realizacji świadczeń gwarantowanych leczenia szpitalnego w zakresie chorób żeńskiego układu rozrodczego (katalog JGP – grupy z sekcji M). Postępowanie miało na celu pozyskanie danych od świadczeniodawców, którzy w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2019 r. udzielali świadczeń rozliczanych poniższymi grupami:

- 5.51.01.0012001 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *
- 5.51.01.0012002 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *
- 5.51.01.0012003 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *
- 5.51.01.0012004 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *
- 5.51.01.0012005 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*
- 5.51.01.0012006 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw *
- 5.51.01.0012011 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *
- 5.51.01.0012012 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *
- 5.51.01.0012013 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *
- 5.51.01.0012014 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *
- 5.51.01.0012015 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *
- 5.51.01.0012016 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej *
- 5.51.01.0012017 Indukcja poronienia
- 5.51.01.0012018 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego
- 5.51.01.0012019 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodnego
- 5.51.01.0012020 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw *
- 5.51.01.0012021 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw *
- 5.51.01.0012026 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego
- 5.51.01.0012027 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej
- 5.51.01.0012028 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni
- 5.51.01.0012029 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw
- 5.51.01.0012030 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego
- 5.51.01.0012031 Leczenie niepłodności żeńskiej

Przeprowadzona, na podstawie informacji pozyskanych z NFZ oraz dotychczasowej współpracy podmiotów z Agencją, analiza pozwoliła na określenie próby 155 świadczeniodawców, którzy w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2019 r. zrealizowali przedmiotowe świadczenia. Pozostałym świadczeniodawcom (realizującym przedmiotowe świadczenia) umożliwiono przystąpienie do postępowania poprzez złożenie ankiety, w której świadczeniodawca zadeklarował chęć udostępnienia danych.

W dniu 12 marca 2020 r. Agencja wystąpiła do 168 świadczeniodawców z wnioskami o udostępnienie danych:

1. **finansowo-księgowych (FK)** zawartych w formularzu finansowo-księgowym (FK) za okres od dnia 1 stycznia 2019 roku do dnia 31 grudnia 2019 roku o:
 - a) przychodach i kosztach (FK.OPK) oraz o zatrudnionym personelu (TAB1,TAB2) i środkach trwałych (TAB3) dla wszystkich medycznych ośrodków powstawania kosztów scharakteryzowanych kodem resortowym zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 roku w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019, poz. 173 t.j.) dotyczących wszystkich oddziałów szpitalnych, bloków operacyjnych, oraz wskazanych pracowni: pracownia radiologii zabiegowej (7230), pracownia hemodynamiki (7232), pracownia elektrofizjologii (7234), pracownia urodynamiczna (7912), pracownia lub zakład medycyny nuklearnej (7950), pracownia lub zakład teleradioterapii (7960), pracownia lub zakład brachyterapii (7962) funkcjonujących w strukturze podmiotu z wyłączeniem komórek: apteka szpitalna albo zakładowa (4922), dział farmacji (4924), izba przyjęć planowa (4900),
 - b) koszty całkowite wszystkich niemedycznych oraz pozostałych medycznych ośrodków powstawania kosztów.

Przekazanie danych miało nastąpić zgodnie z zarządzeniem nr 50/2019 z dnia 19 grudnia 2019 roku Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych finansowo-księgowych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opublikowanym na stronie internetowej Agencji.

2. zawartych **w formularzu danych szczegółowych (DSz)**, tj. informacji medyczno-kosztowych o wskazanych świadczeniobiorcach, dla których nastąpiło zakończenie hospitalizacji w okresie od 1 stycznia 2019 roku do dnia 30 czerwca 2019 roku, w ujęciu na pojedynczą hospitalizację, tj. dane identyfikujące świadczenie (plik OG), zrealizowane świadczenia medyczne (plik SM), podane produkty lecznicze (plik PL), zużyte wyroby medyczne (plik WM), wykonane procedury medyczne (plik PR), zaangażowanie personelu medycznego w procedurę medyczną (plik PR_HR) oraz opcjonalnie dane dotyczące obrotu przychodu we wszystkich magazynach (w tym magazynach oddziałowych) produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych (plik OM).

Przekazanie danych miało nastąpić zgodnie z zarządzeniem nr 10/2020 z dnia 9 marca 2020 roku Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych kliniczno-kosztowych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. zawartych **w formularzu własnej kalkulacji kosztów (WKK)** w zakresie informacji o danych medyczno-kosztowych dla przedmiotowych świadczeń. Formularz miał charakter opcjonalny.

Przekazanie WKK miało nastąpić zgodnie z zarządzeniem nr 15/2019 z dnia 3 kwietnia 2019 roku Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie wytycznych odnośnie sposobu przygotowania i udostępnienia przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej w formie własnych kalkulacji kosztów świadczeń.

Na wniosek Agencji 116 świadczeniodawców udostępniło dane finansowo-księgowe i/lub medyczno-kosztowe niezbędne do przeprowadzenia analiz taryfikacyjnych. Dodatkowo, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku przekazał własną kalkulację kosztów świadczenia związanego z leczeniem nietrzymania moczu metodą zabiegową.

W analizach uwzględniono również dane dotyczące świadczeń zrealizowanych przez podmioty lecznicze w latach 2018–2021, pozyskane w ramach tzw. bieżącej współpracy z Agencją. W toku tych postępowań dane były gromadzone za pomocą formularzy danych szczegółowych (DSz) – obejmujących informacje medyczno-kosztowe, oraz formularzy finansowo-księgowych (FK) – zawierających informacje rachunkowe i księgowe dotyczące kosztów funkcjonowania świadczeniodawcy.

3.1.1. Dane medyczno-kosztowe

W procesie taryfikacji wykorzystano dane medyczno-kosztowe o 18 062 świadczeniach (3,74% wszystkich świadczeń z zakresu chorób żeńskiego układu rozrodczego zrealizowanych w 2023 roku) pochodzące od 82 świadczeniodawców (16,77% wszystkich świadczeniodawców udzielających w 2023 roku świadczeń z zakresu chorób żeńskiego układu rozrodczego), pozyskane w postępowaniach nr 52, WB2018, WB2019, WB2020, WB2021. Lista świadczeniodawców, których dane zostały wykorzystane do analiz, znajduje się w załączniku nr 8.

Liczba pozyskanych danych o kosztach świadczeń dla poszczególnych JGP za lata 2018–2021 w stosunku do realizacji przedmiotowych świadczeń w 2023 roku waha się od 1,4% dla grupy M04 *Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego** do 37,8% dla grupy M06 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw**. Szczegółowe zestawienie liczby świadczeniodawców i liczby świadczeń w odniesieniu do poszczególnych wycenianych JGP znajduje się w poniższej tabeli.

Tabela 19 Wielkość pozyskanej próby danych w ramach postępowań nr 52, WB2018, WB2019, WB2020, WB2021 – dane medyczno-kosztowe

Kod i nazwa grupy	Liczba świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wyliczeń	Liczba świadczeniodawców realizujących taryfikowane świadczenia w 2023 r.	[%] świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wyliczeń	Liczba świadczeń, które zostały włączone do wyliczeń	Liczba zrealizowanych świadczeń w 2023 r.	[%] świadczeń włączonych do wyliczeń
M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	19	124	15,32%	83	437	18,99%
M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	19	396	4,80%	807	32 805	2,46%
M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	30	417	7,19%	770	15 360	5,01%
M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	28	423	6,62%	349	25 526	1,37%
M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	16	352	4,55%	265	8 410	3,15%
M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*	12	27	44,44%	31	82	37,80%
M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	22	211	10,43%	554	6 502	8,52%
M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	19	145	13,10%	97	1 045	9,28%
M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	27	415	6,51%	2 518	48 763	5,16%
M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	27	435	6,21%	4 072	108 756	3,74%
M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	25	419	5,97%	2 119	134 011	1,58%
M16 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*	18	356	5,06%	1 976	55 245	3,58%
M17 Indukcja poronienia	13	53	24,53%	184	504	36,51%
M18 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego	26	307	8,47%	134	1 739	7,71%
M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodneho	21	343	6,12%	248	3 055	8,12%
M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	14	95	14,74%	332	1 357	24,47%

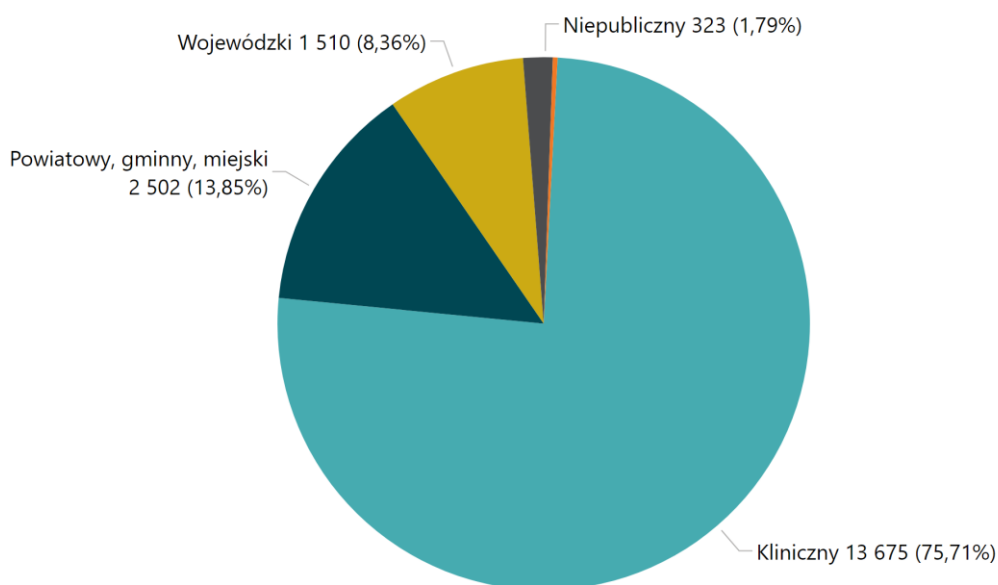
Kod i nazwa grupy	Liczba świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wyliczeń	Liczba świadczeniodawców realizujących taryfikowane świadczenia w 2023 r.	[%] świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wyliczeń	Liczba świadczeń, które zostały włączone do wyliczeń	Liczba zrealizowanych świadczeń w 2023 r.	[%] świadczeń włączonych do wyliczeń
M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	22	52	42,31%	43	166	25,90%
M26 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	20	385	5,19%	563	13 127	4,29%
M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej	13	358	3,63%	250	5 741	4,35%
M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni	18	150	12,00%	164	747	21,95%
M29 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw	25	346	7,23%	1 713	8 305	20,63%
M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego	23	380	6,05%	734	10 782	6,81%
M31 Leczenie niepłodności żeńskiej	17	103	16,50%	56	468	11,97%

Źródło: opracowanie własne

Na poniższym rysunku przedstawiono liczebność próby danych medyczno-kosztowych, które posłużyły do kalkulacji wartości taryfikowanych świadczeń zdrowotnych, z podziałem na kategorie szpitali.

Zdecydowana większość danych pochodziła ze szpitali klinicznych, które stanowiły 75,71% całej próby. Z kolei najmniejszy udział w próbie miały szpitale zaliczone do kategorii „inny” (obejmującej m.in. placówki resortowe, takie jak MSWiA czy wojskowe), których dane stanowiły jedynie 0,29% całości.

Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według kategorii szpitala



Rysunek 58. Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według kategorii szpitala.

Źródło: opracowanie własne

3.1.2. Dane finansowo-księgowe

Do oszacowania kosztu osobodnia oraz zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego i działu anestezjologii wykorzystano dane finansowo-księgowe za lata 2022–2023 pozyskane w ramach przeprowadzanych przez AOTMiT postępowań.

W poniższej tabeli przedstawiono liczebność próby danych finansowo-księgowych pozyskanych dla poszczególnych komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego (OPK), wybranych na podstawie poziomu realizacji grup JGP oraz zgodności kodów resortowych OPK z typem specjalizacji personelu wykonującego zabiegi. Łącznie, na potrzeby analiz, Agencja dysponowała danymi finansowo-księgowymi o 1 800 OPK, które w większości pochodziły ze szpitali wojewódzkich (651 OPK), powiatowych, gminnych, miejskich (625 OPK) i klinicznych (314 OPK). W odniesieniu do OPK odpowiadających łącznie za 95,87% realizacji świadczeń objętych analizą, liczebność próby wyniosła:

- Oddział ginekologiczny (kod resortowy: 4452) – 30 OPK,
- Oddział ginekologii onkologicznej (kod resortowy: 4460) – 20 OPK,
- Oddział położniczo-ginekologiczny (kod resortowy: 4450) – 114 OPK.

Tabela 20 Liczba ośrodków powstawania kosztów pozyskanych od świadczeniodawców

Kod resortowy	Kod resortowy - nazwa	Kategoria szpitala					Razem
		Powiatowy, gminny, miejski	Wojewódzki	Kliniczny	Niepubliczny	Inny (MSWiA, wojskowy)	
4000	Oddział chorób wewnętrznych	105	59	23	19	10	216
4020	Oddział diabetologiczny	3	2	1	–	–	6
4030	Oddział endokrynologiczny	3	7	10	–	1	21
4031	Oddział endokrynologiczny dla dzieci	–	1	7	–	–	8
4070	Oddział hematologiczny	4	19	14	4	3	44
4071	Oddział hematologiczny dla dzieci	–	–	1	–	–	1
4130	Oddział nefrologiczny	7	20	9	–	1	37
4240	Oddział onkologiczny	5	17	4	3	–	29
4242	Oddział onkologii klinicznej/chemioterapii	16	31	9	3	2	61
4244	Oddział radioterapii	5	23	1	1	1	31
4249	Oddział onkologii i hematologii dziecięcej	–	3	10	–	–	13
4401	Oddział pediatryczny	74	45	14	8	–	141
4403	Oddział niemowlęcy	2	1	–	–	–	3
4450	Oddział położniczo-ginekologiczny	52	23	28	10	1	114
4452	Oddział ginekologiczny	8	9	5	3	5	30
4456	Oddział położniczy	1	11	2	1	–	15
4458	Oddział położnictwa i neonatologii	1	1	–	–	–	2
4460	Oddział ginekologii onkologicznej	2	11	6	–	1	20
4500	Oddział chirurgiczny ogólny	90	45	24	18	12	189
4501	Oddział chirurgii dziecięcej	6	25	11	–	–	42
4510	Oddział wieloprofilowy zabiegowy	1	1	–	–	–	2
4530	Oddział chirurgii naczyniowej	3	15	12	3	2	35
4540	Oddział chirurgii onkologicznej	6	26	5	4	4	45

Kod resortowy	Kod resortowy - nazwa	Kategoria szpitala					Razem
		Powiatowy, gminny, miejski	Wojewódzki	Kliniczny	Niepubliczny	Inny (MSWiA, wojskowy)	
4541	Oddział chirurgii onkologicznej dla dzieci	–	–	1	–	–	1
4580	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	62	57	33	17	11	180
4640	Oddział urologiczny	24	39	12	4	6	85
4641	Oddział urologiczny dla dzieci	–	–	2	–	–	2
4650	Oddział transplantologiczny	–	2	3	–	–	5
4670	Oddział leczenia jednego dnia	11	7	2	10	–	30
4910	Blok operacyjny	62	90	31	8	5	196
4911	Blok operacyjny pediatryczny	–	–	7	–	–	7
4950	Dział anestezjologii	72	61	27	21	8	189
Razem		625	651	314	137	73	1 800

Źródło: opracowanie własne

3.1.3. Dane o wynagrodzeniach

Do oszacowania kosztu wynagrodzeń personelu zabiegowego wykorzystano dane zebrane w ramach postępowania 80 *Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych*. Pozyskane dane obejmowały zanonimizowane informacje dotyczące wartości wynagrodzeń osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę lub umów cywilnoprawnych, wymiaru zatrudnienia, poszczególnych składowych wynagrodzenia oraz kosztów ponoszonych przez pracodawcę, za wrzesień 2024 r.

W analizach uwzględniono stawki wynagrodzeń brutto-brutto (z uwzględnieniem kosztów pracodawcy) personelu medycznego zatrudnionego lub udzielającego świadczeń w analizowanych komórkach organizacyjnych.

3.2. Analiza danych

Analizę danych przekazanych przez świadczeniodawców przeprowadzono zgodnie z *Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej AOTMiT*. W określonych, uzasadnionych przypadkach – opisanych w dalszej części dokumentu – zastosowano odstępstwa od metodyki, mające na celu uwzględnienie specyfiki analizowanych danych lub zapewnienie większej precyzji obliczeń.

Poniżej przedstawiono informacje o sposobie obliczeń podstawowych składowych kosztu świadczenia, m.in.: czasu hospitalizacji, kosztu osobodnia, kosztów leków i wyrobów medycznych, a także kosztów realizacji procedur diagnostycznych i zabiegowych. Obliczeń dokonano z uwzględnieniem propozycji zmian w odniesieniu do:

- przyporządkowania procedur kierunkowych do charakterystyk poszczególnych JGP,
- przyporządkowania rozpoznań do charakterystyk poszczególnych JGP,
- liczby dni pobytu finansowanych w ramach danej grupy,

szczegółowo opisanych w rozdziałach 3.2.2 oraz 3.2.3.

3.2.1. Mnożnik zmian wielkości kosztów

W związku z oparciem analiz o dane pochodzące z lat 2018–2023, zostały one zaktualizowane do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2025 roku. Waloryzacji dokonano właściwymi wskaźnikami cząstkowymi wskazanymi w poniższej tabeli.

Tabela 21 Wskaźniki cząstkowe uaktualniające dane do poziomu kosztów świadczeń realizowanych do 30.06.2025 roku

Kategoria	Rok, z którego 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	1,51	1,42	1,36	1,31	1,20	1,09

Źródło: opracowanie własne

Zastosowane mnożniki zostały opracowane na podstawie korelacji prognoz zawartych w „Wytycznych dotyczących stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw” oraz danych z sektora opieki zdrowotnej, dotyczących wskaźnika wynagrodzeń i inflacji. Mnożnik uwzględnia wzrost minimalnego wynagrodzenia oraz założenia wynikające z ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

3.2.2. Propozycje zmian w charakterystykach JGP sekcji M

Leczenie szpitalne

W wyniku konsultacji przeprowadzonych z konsultantką krajową w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz wskazanymi przez nią ekspertami, popartych analizami rozkładów długości pobytu oraz jednorodności całkowitych kosztów hospitalizacji, proponuje się wprowadzenie zmian w charakterystykach JGP, polegających na przeniesieniu określonych procedur:

- Z M02 *Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego ** do M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw **:
 - 57.883 *Operacja przetoki pęcherzowo-odbytniczej albo pęcherzowo-pochwowo-odbytniczej z dostępu nadłonowego lub kroczonego,*
 - 57.884 *Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej albo moczowodowo-pochwowej z dostępu przez pochwę – operacja prosta,*
 - 57.885 *Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej albo pęcherzowo-cewkowo-pochwowej z dostępu przez pochwę lub nadłonowego,*
 - 57.886 *Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej z dostępu przez pęcherzowego pozaotrzewnowego,*
 - 57.887 *Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej z dostępu przez laparotomię,*
 - 57.888 *Operacja przetoki pęcherzowo-macicznej z usunięciem macicy,*
 - 57.889 *Operacja przetoki pęcherzowo-macicznej bez usunięcia macicy,*
 - 70.72 *Operacja przetoki pochwowo-okrężniczej,*
 - 70.73 *Operacja przetoki pochwowo-odbytniczej,*

- 70.74 *Operacja innych przetok pochwowo-jelitowych,*
 - 70.75 *Operacja innych przetok pochwowych.*
- Z M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego ** do M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *:*
 - 69.42 *Zamknięcie przetoki macicy.*
- Z M02 *Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego ** do M03 *Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *:*
 - 70.71 *Szycie rozdarcia pochwy.*
- Z M04 *Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego ** do M03 *Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *:*
 - 70.141 *Wycięcie przegrody pochwowej.*
- Z M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego ** do M13 *Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *:*
 - 65.25 *Inne laparoskopowe wycięcie lub zniszczenie zmiany jajnika,*
 - 69.221 *Przyszycie macicy do powłok brzusznych,*
 - 69.222 *Operacja manchesterska (Fothergilla).*

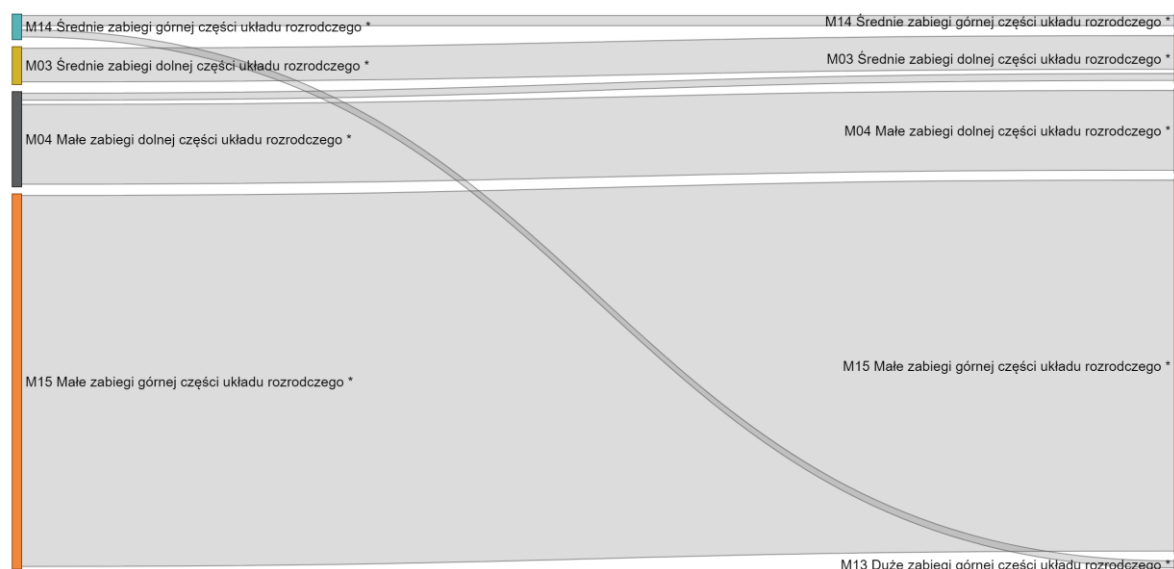
Dodatkowo, w związku z przeniesieniem procedur z M02 *Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego ** do M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw **, proponuje się dodanie do charakterystyki JGP M01 następujących rozpoznań:

- N82.0 *Przetoka pęcherzowo-pochwowa,*
- N82.1 *Inne przetoki pomiędzy układem moczowym a żeńskimi narządami płciowymi,*
- N82.2 *Przetoka między pochwą a jelitem cienkim,*
- N82.3 *Przetoka między pochwą a jelitem grubym,*
- N82.4 *Inne przetoki między jelitami a żeńskimi narządami płciowymi,*
- N82.5 *Przetoki między żeńskimi narządami płciowymi a skórą,*
- N82.8 *Inne przetoki w żeńskim narządzie rodnym,*
- N82.9 *Przetoka w żeńskim narządzie rodnym, nieokreślona.*

Zmiany populacji pacjentów w efekcie wskazanych powyżej propozycji zmian w charakterystykach JGP, przedstawia poniższy rysunek.

Przesunięcia pacjentów pomiędzy grupami w ramach leczenia szpitalnego

Dane NFZ za rok 2023

**Rysunek 59. Rozkład populacji pacjentów przed i po uwzględnieniu propozycji zmian w charakterystykach JGP – leczenie szpitalne.**

Źródło: opracowanie własne

Poniżej zaprezentowano zestawienie prognozowanej liczby produktów rozliczeniowych, które oszacowano na podstawie symulacji przesunięć procedur pomiędzy poszczególnymi świadczeniami. Jako punkt odniesienia wykorzystano dane sprawozdawcze za 2023 rok, co pozwoliło na ocenę potencjalnych zmian w strukturze świadczeń wynikających z modyfikacji taryf oraz przyporządkowania świadczeń do nowych grup.

Tabela 22 Prognozowany wolumen realizacji produktów po uwzględnieniu propozycji zmian w charakterystykach JGP

Kod i nazwa grupy docelowej (po zmianie) Kod i nazwa grupy przed zmianą	Liczba świadczeń
M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	437
M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	331
M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	104
M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	2
M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	15 360
M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	491
M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	14 818
M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	51
M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	8 417
M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	8 410
Zabiegi w zaburzeniu statyki narządu rodowego z użyciem materiału syntetycznego	7
M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	48 763
M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	44 957
M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	3 806

Źródło: opracowanie własne

Jednocześnie, mając na względzie równolegle prowadzone prace nad wdrożeniem *Kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentkami z endometriozą*, zachodzi konieczność wprowadzenia

modyfikacji do aktualnej charakterystyki grup sekcji M JGP. Zmiany te mają na celu umożliwienie adekwatnego rozliczania procedur kompleksowych, w tym zabiegów usunięcia macicy, również w przypadkach, w których wskazaniem do ich wykonania jest rozpoznana endometrioza.

W związku z powyższym proponuje się rozszerzenie charakterystyki grup:

- M11 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw **,
- M12 *Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw **

o dodatkowe rozpoznania ICD-10 związane z endometriozą:

- N80.0 *Gruźlica macicy,*
- N80.1 *Gruźlica śródmaciczna jajnika,*
- N80.2 *Gruźlica śródmaciczna jajowodu,*
- N80.3 *Gruźlica śródmaciczna otrzewnej miednicy mniejszej,*
- N80.4 *Gruźlica śródmaciczna przegrody odbytniczo-pochwowej i pochwy,*
- N80.5 *Gruźlica śródmaciczna jelita,*
- N80.6 *Gruźlica śródmaciczna w bliźnie skórnej,*
- N80.8 *Inna gruźlica śródmaciczna o innej lokalizacji.*

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Wybrane procedury medyczne należące do sekcji M możliwe są do realizacji także w warunkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W celu zapewnienia równowagi kosztowej pomiędzy świadczeniami realizowanymi w trybie stacjonarnym a ambulatoryjnym oraz w celu stworzenia mechanizmów zachęcających świadczeniodawców do szerszej realizacji procedur w ramach AOS, dokonano szczegółowej kalkulacji kosztów tych świadczeń.

Na podstawie przeprowadzonych analiz kosztów jednostkowych oraz ich struktury, opracowano nowy podział grup rozliczeniowych, uwzględniający realne nakłady ponoszone w trybie ambulatoryjnym. Zachowano przy tym zasadę adekwatności kosztowej, tak aby zapewnić opłacalność realizacji świadczeń poza szpitalem, bez uszczerbku dla ich jakości i bezpieczeństwa pacjentek. W wyniku przeprowadzonych analiz proponuje się zmianę grup rozliczeniowych dla tych procedur (Tabela 2323).

Tabela 23 Propozycje zmian w katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych

Grupa przed zmianą	Kod i nazwa procedury	Grupa po zmianie
Z107 Świadczenia zabiegowe - grupa 107	67.11 - Biopsja kanału szyjki macicy 67.12 - Wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa) 67.31 - Marsupializacja torbieli szyjki macicy 70.13 - Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych 71.01 - Uwolnienie zrostów sromu	ZX1 Świadczenia zabiegowe - grupa X1
	71.23 - Marsupializacja torbieli gruczołu Bartholina	ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa X2
	71.091 - Powiększenie wejścia do pochwy 71.3 - Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza	ZX3 Świadczenia zabiegowe - grupa X3
Z110 Świadczenia zabiegowe - grupa 110	70.24 - Biopsja pochwy 71.099 - Nacięcie sromu/ krocza - inne 71.11 - Biopsja sromu	ZX1 Świadczenia zabiegowe - grupa X1
	67.39 - Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy - inne	ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa X2

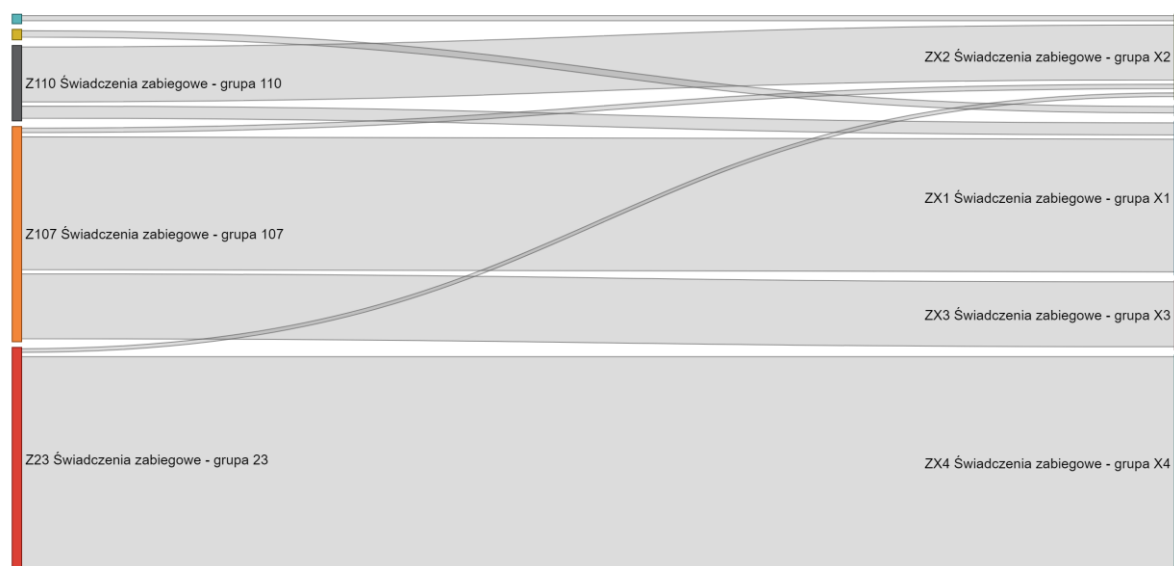
Grupa przed zmianą	Kod i nazwa procedury	Grupa po zmianie
Z23 Świadczenia zabiegowe - grupa 23	66.8 - Przedmuchiwanie i przepłukiwanie jajowodu	ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa X2
	68.12 - Histeroskopia diagnostyczna 68.231 - Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy 69.03 - Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy - diagnostyczne 69.04 - Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy - lecznicze 69.59 - Inne aspiracyjne łyżeczkowanie macicy	ZX4 Świadczenia zabiegowe - grupa X4
Z24 Świadczenia zabiegowe - grupa 124	67.2 - Chirurgiczna konizacja szyjki macicy 68.232 - Histeroskopowa ablacja endometrium	ZX5 Świadczenia zabiegowe - grupa X5
Z58 Świadczenia zabiegowe - grupa 58	71.22 - Nacięcie torbieli gruczołu Bartholina	ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa X2

Źródło: opracowanie własne

Rozkład populacji pacjentów w obowiązujących oraz w proponowanych, nowych produktach, według powyższych propozycji zmian w katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, przedstawia poniższy rysunek.

Przesunięcia pacjentów pomiędzy grupami w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Dane NFZ za rok 2023



Rysunek 60. Rozkład populacji pacjentów w obowiązujących i nowych produktach – ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Źródło: opracowanie własne

3.2.3. Propozycja zmian liczby dni pobytu finansowanych grupą

W ramach prac nad taryfikacją świadczeń dotyczących leczenia chorób żeńskiego układu rozrodczego przeprowadzono analizę liczby dni hospitalizacji finansowanych w poszczególnych JGP. Celem analizy była weryfikacja obowiązujących limitów długości pobytu, które wpływają na wysokość finansowania świadczenia.

W tym celu posłużono się metodyką stosowaną przez brytyjski system opieki zdrowotnej NHS, zgodnie z wytycznymi zawartymi w raporcie dotyczącym szacowania kosztów oraz długości pobytów szpitalnych (NHS, 2022). Zgodnie z przytoczonym opracowaniem, górny limit dni finansowanych grupą odpowiada sumie górnego kwartyla długości pobytów i 1,5 odstępu międzykwartylowego, przy czym nie może być on mniejszy niż 5, wg poniższego wzoru:

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

gdzie:

$Q1$ – pierwszy kwartyl długości pobytu,

$Q3$ – trzeci kwartyl długości pobytu.

Przeprowadzona analiza długości hospitalizacji wykazała potrzebę aktualizacji obowiązujących limitów dni finansowanych w ramach poszczególnych grup JGP. W rezultacie dla 1 grupy obecny limit oceniono jako adekwatny i niewymagający korekty. Z kolei w przypadku 16 grup wskazane jest dokonanie zmian limitu dni pobytu:

- dla 9 grup proponuje się jego obniżenie,
- dla 7 grup – podwyższenie.

Szczegółowe zestawienie proponowanych zmian zawarto w poniższej tabeli.

Tabela 24 Limit dni finansowanych grupą przed i po zmianie

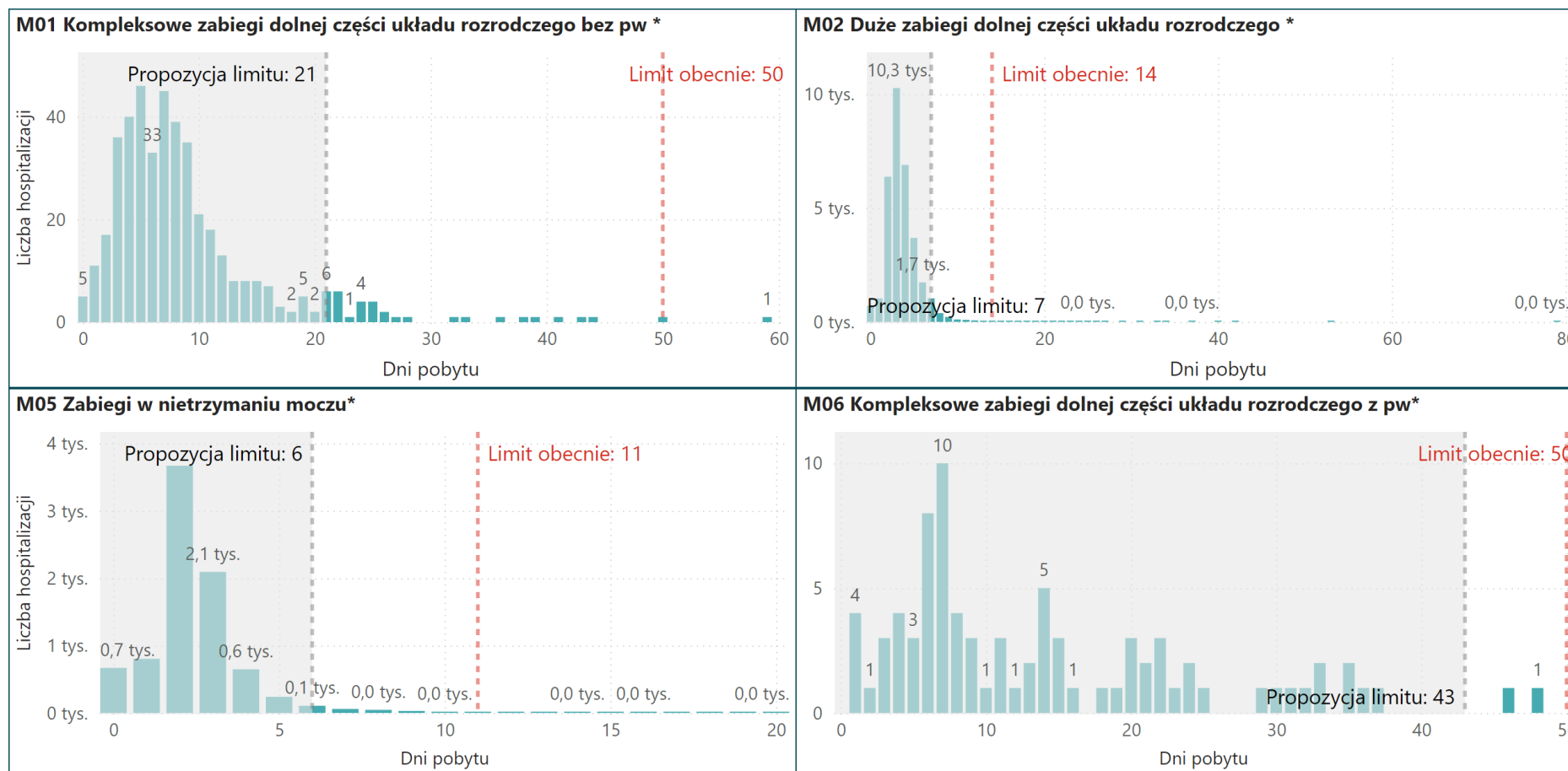
Produkt rozliczeniowy	Aktualnie	Po zmianie
M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	50	21
M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	14	7
M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	11	6
M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*	50	43
M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	14	14
M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	14	9
M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	13	8
M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	8	5
M18 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego	5	9
M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodnego	5	6
M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	14	15
M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	14	20
M26 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	5	6
M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej	11	13
M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni	16	22
M29 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw	16	9
M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego	15	9

Źródło: opracowanie własne

Na poniższych rysunkach przedstawiono rozkłady długości pobytu wraz z obecną i skorygowaną liczbą dni pobytu finansowanych grupą w JGP.

Rozkład długości hospitalizacji wraz z propozycją zmiany limitu dni finansowanych grupą

Dane NFZ za rok 2023

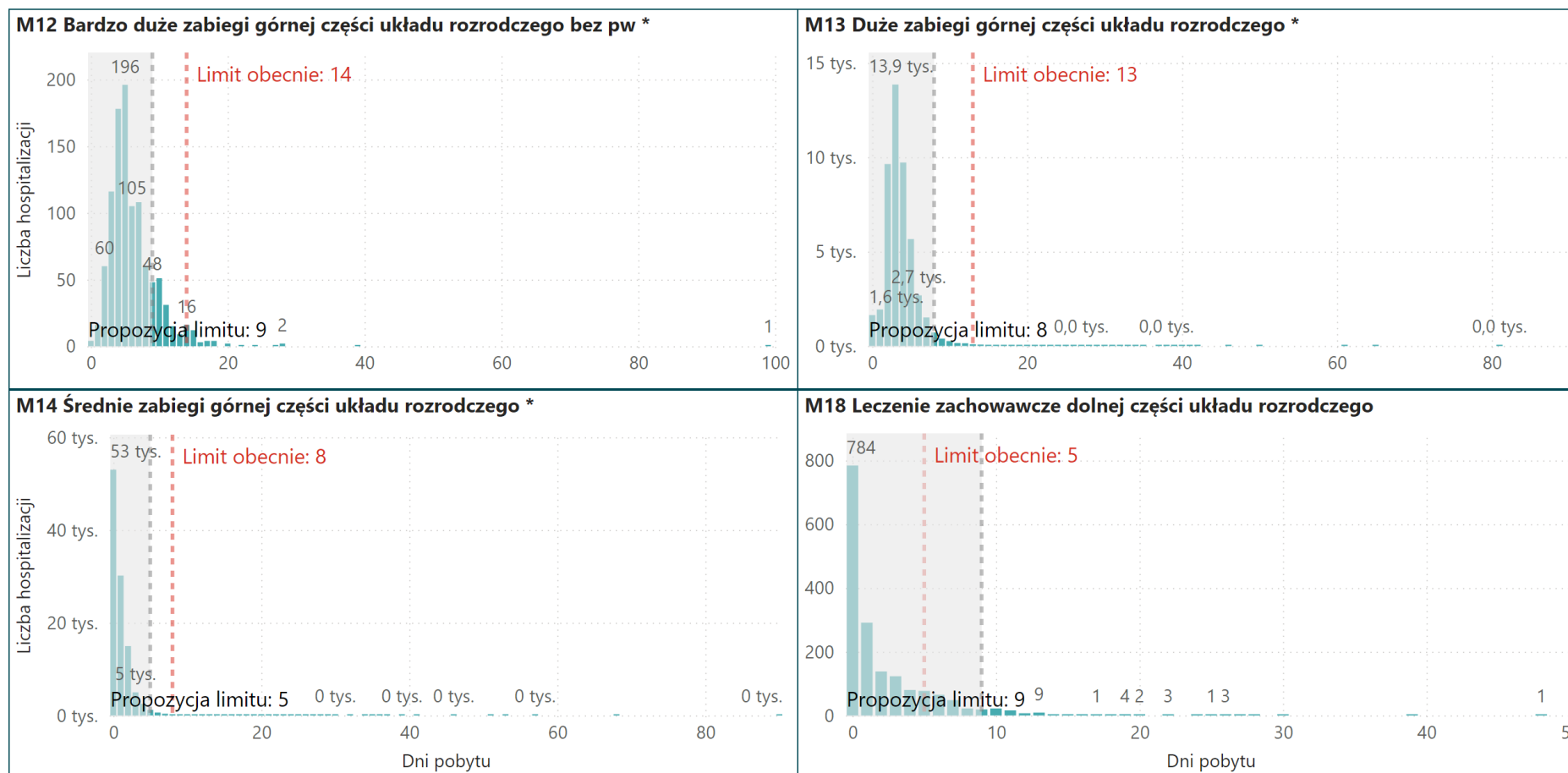


Rysunek 61. Rozkład długości hospitalizacji w JGP M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *, M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *, M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*, M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*.

Źródło: opracowanie własne

Rozkład długości hospitalizacji wraz z propozycją zmiany limitu dni finansowanych grupą

Dane NFZ za rok 2023

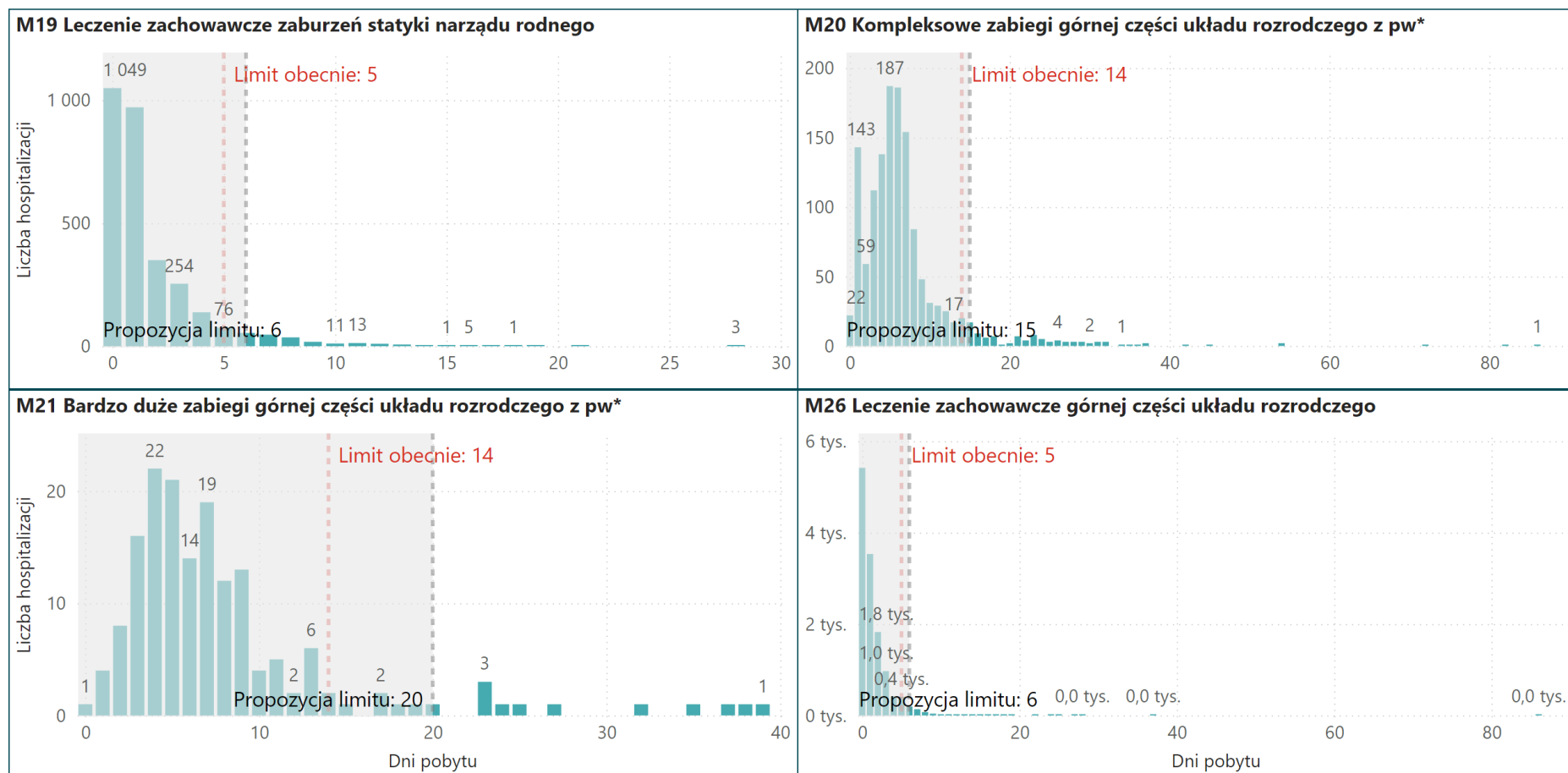


Rysunek 62. Rozkład długości hospitalizacji w JGP M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *, M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *, M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *, M18 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego.

Źródło: opracowanie własne

Rozkład długości hospitalizacji wraz z propozycją zmiany limitu dni finansowanych grupą

Dane NFZ za rok 2023

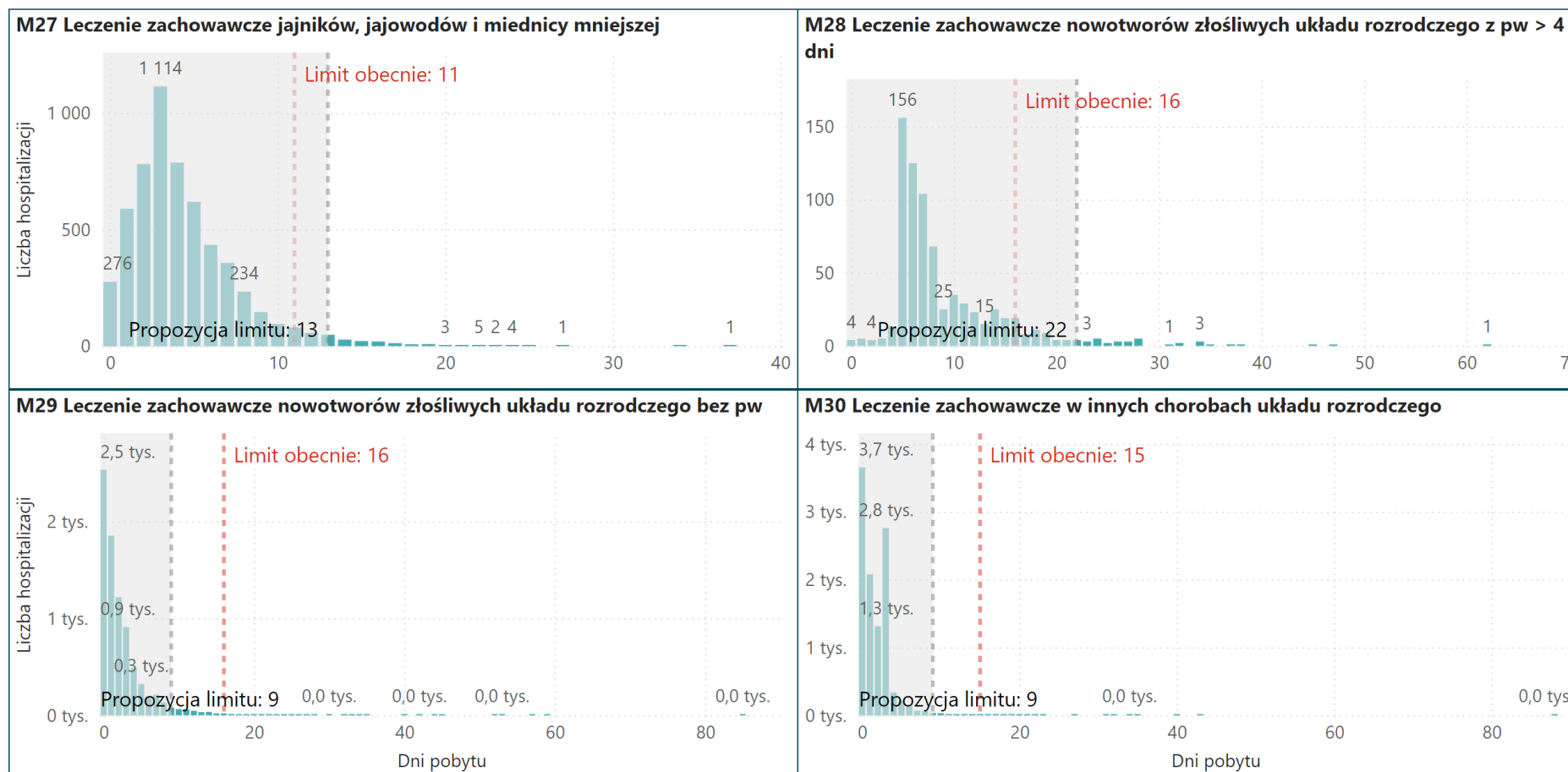


Rysunek 63. Rozkład długości hospitalizacji w JGP M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodneg, M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*, M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*, M26 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego.

Źródło: opracowanie własne

Rozkład długości hospitalizacji wraz z propozycją zmiany limitu dni finansowanych grupą

Dane NFZ za rok 2023



Rysunek 64. Rozkład długości hospitalizacji w JGP M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej, M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni, M29 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw, M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego.

3.2.4. Osobodzień optymalny

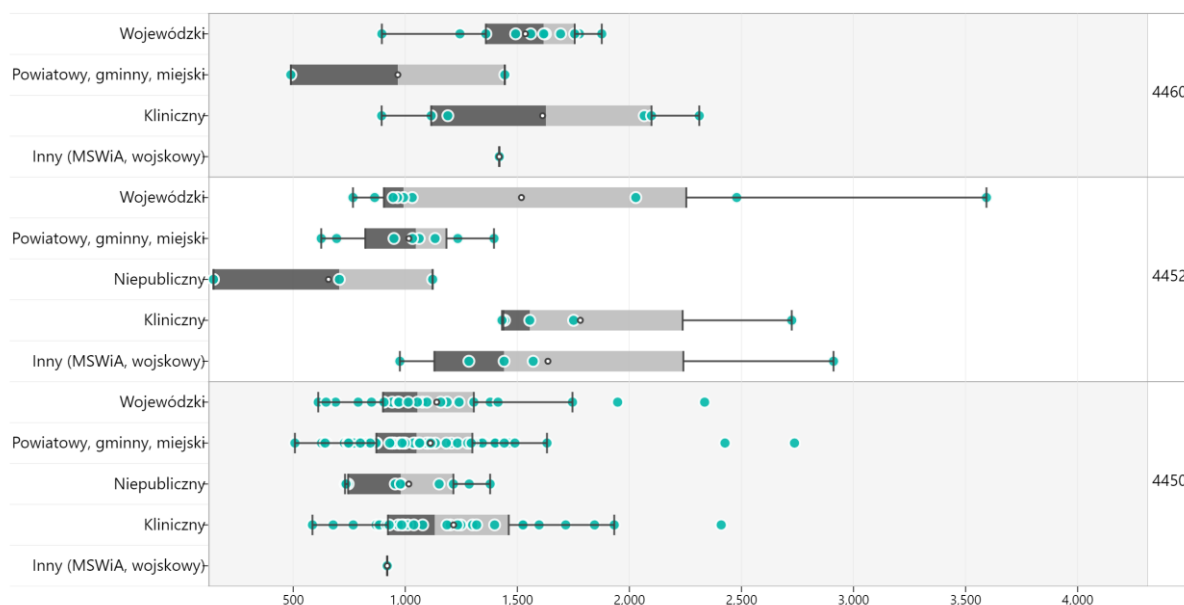
Zgodnie z metodyką Agencji, koszt osobodnia został szacowany w oparciu o koszty stałe wynikające z wykorzystania infrastruktury oddziału i jego obłożenia rzeczywistego (wskazanego przez realizatorów świadczeń) lub uznanego za optymalne (85% od poniedziałku do piątku, 50% w weekend), co jest zgodne z założeniem o najbardziej efektywnym stopniu wykorzystania infrastruktury.

Koszt osobodnia dla każdego z produktów rozliczeniowych został wyznaczony jako średnia odcięta z uwzględnieniem kategorii szpitali oraz poszczególnych komórek organizacyjnych identyfikowanych właściwym kodem resortowym. Wartość ta została dodatkowo zważona poziomem realizacji poszczególnych JGP w komórkach organizacyjnych oraz w odniesieniu do kategorii szpitali.

Na poniższym rysunku przedstawiono rozrzut optymalnych kosztów osobodnia pobytu pacjenta w oddziale, skalkulowanych na podstawie danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców za lata 2022–2023, po aktualizacji do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2025 roku, w podziale na oddziały odpowiadające za 95,87% realizacji świadczeń w 2023 roku.

Koszt osobodnia przyjętego do kalkulacji w oddziałach odpowiadających za 95,87% realizacji

Dane finansowo-księgowe aktualne do 30 czerwca 2025 roku



Rysunek 65. Rozkład kosztu osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 95,87% realizacji świadczeń, po aktualizacji do 30.06.2025 r., w podziale na kategorię szpitala.

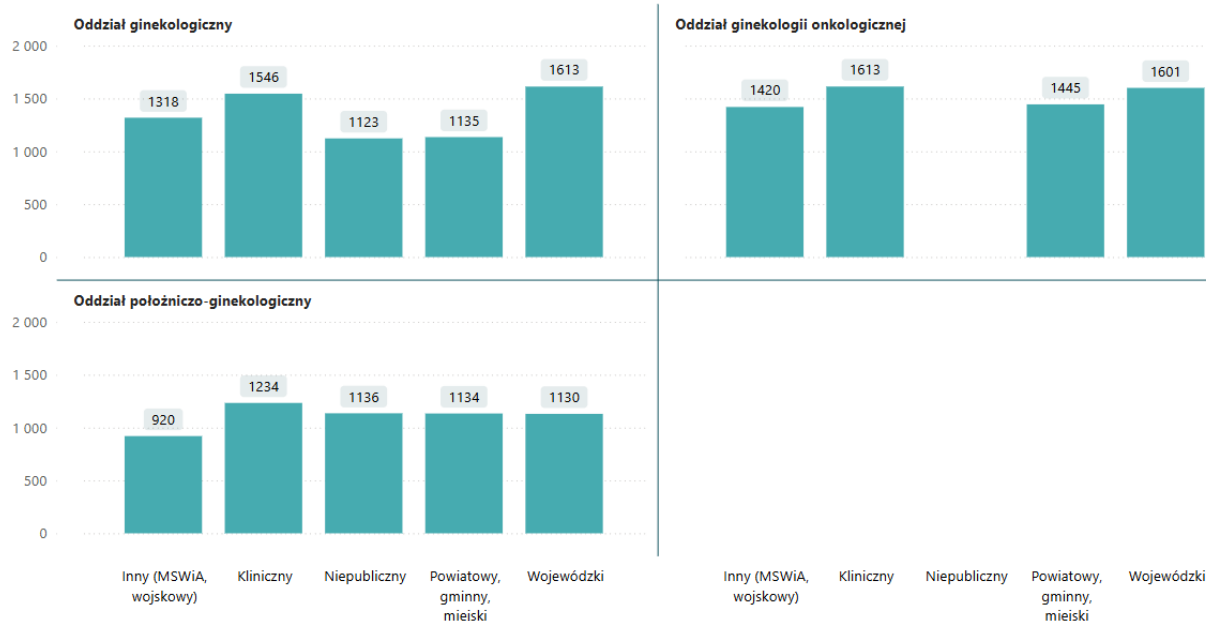
(4452 – oddział ginekologiczny, 4460 – oddział ginekologii onkologicznej, 4450 – oddział położniczo-ginekologiczny)

Źródło: opracowanie własne

Do oszacowania kosztu osobodnia pobytu w szpitalach poszczególnych kategorii przyjęto wartości zaprezentowane na poniższym rysunku. Średni optymalny koszt osobodnia waha się od 920 zł na oddziale położniczo-ginekologicznym w szpitalu kategorii „inny (MSWiA, wojskowy)” do 1 613 zł na oddziale ginekologicznym w szpitalu wojewódzkim oraz na oddziale ginekologii onkologicznej w szpitalu klinicznym.

Koszt osobodnia przyjętego do kalkulacji w oddziałach odpowiadających za 95,87% realizacji

Dane finansowo-księgowe aktualne do 30 czerwca 2025 roku

**Rysunek 66. Koszt osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 95,87% realizacji świadczeń, po aktualizacji do 30.06.2025 r., w podziale na kategorię szpitala.**

Źródło: opracowanie własne

W poniższej tabeli zamieszczono koszty osobodnia przyjęte do wyliczenia kosztów pobytu w poszczególnych JGP. Średni koszt osobodnia waha się od 1 150,39 zł w grupie M16 *Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej** do 1 456,83 zł w grupie M20 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw**. Różnica pomiędzy najniższym, a najwyższym kosztem osobodnia w wycenianych JGP wynosi 306,44 zł.

Tabela 25 Wysokość kosztu osobodnia w poszczególnych JGP, po aktualizacji do 30.06.2025 roku

Kod i nazwa grupy	Średni koszt osobodnia [zł]
M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	1 377,96
M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	1 181,60
M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	1 205,23
M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	1 176,22
M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	1 206,94
M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*	1 390,40
M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	1 355,19
M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	1 226,62
M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	1 212,21
M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	1 192,91
M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	1 162,19
M16 Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*	1 150,39
M17 Indukcja poronienia	1 164,05
M18 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego	1 195,15
M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodne	1 175,37
M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	1 456,83
M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	1 303,52
M26 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	1 179,32
M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej	1 165,72

Kod i nazwa grupy	Średni koszt osobodnia [zł]
M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni	1 335,15
M29 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw	1 352,49
M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego	1 203,77
M31 Leczenie niepłodności żeńskiej	1 183,60

Źródło: opracowanie własne

3.2.5. Propozycja zmian wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą

W poszczególnych JGP zweryfikowano wartość punktową osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą. Nowe wartości oszacowano metodą regresyjną, tj. jako 80% średniego kosztu osobodnia, uaktualnionego do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30 czerwca 2025 r., przeliczonego na wartość punktową (przy założeniu średniej ceny punktu od lipca 2024 roku, tj. 1,82 zł).

Tabela 26 Propozycja zmian wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą, po aktualizacji do 30.06.2025 roku

Wartość osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
893,62 zł	491 pkt

Źródło: opracowanie własne

3.2.6. Koszt pobytu

Grupy zachowawcze

Koszt pobytu w poszczególnych grupach zachowawczych został obliczony jako iloczyn średniej długości pobytu pacjentów (pomniejszonej o długość pobytu w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii), rozliczonych daną JGP w 2023 roku, z uwzględnieniem kategorii szpitala oraz średniej wartości osobodnia ważonej poziomem realizacji JGP w poszczególnych komórkach organizacyjnych identyfikowanych właściwym kodem resortowym oraz kategoriach szpitali. Analizy oparto na danych odnoszących się do pacjentów, których długość pobytu mieściła się w nowej liczbie dni pobytu finansowanych grupą wyznaczonej przez AOTMiT.

Tabela 27 Średni koszt pobytu w poszczególnych grupach zachowawczych po aktualizacji do 30.06.2025 roku

Kod i nazwa grupy	Średnia długość pobytu w dniach	Średni koszt pobytu [zł]
M17 Indukcja poronienia	3,07	3 577,61
M18 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego	2,98	3 566,15
M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodowego	2,46	2 892,28
M26 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	2,27	2 682,70
M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej	5,34	6 220,24
M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni	10,33	13 787,58
M29 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw	3,17	4 289,83
M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego	2,73	3 281,46
M31 Leczenie niepłodności żeńskiej	1,46	1 727,35

Źródło: opracowanie własne

Grupy zabiegowe

Koszt pobytu w poszczególnych grupach zabiegowych został obliczony jako iloczyn średniej długości pobytu pacjentów (pomniejszonej o długość pobytu w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii) oraz średniej wartości osobodnia zważonej poziomem realizacji JGP w poszczególnych komórkach organizacyjnych identyfikowanych właściwym kodem resortowym oraz kategorią szpitali. Analizy oparto na danych odnoszących się do pacjentów, których długość pobytu mieściła się w nowej liczbie dni pobytu finansowanych grupą wyznaczonej przez AOTMiT.

Tabela 28 Średni koszt pobytu w poszczególnych grupach zabiegowych po aktualizacji do 30.06.2025 roku

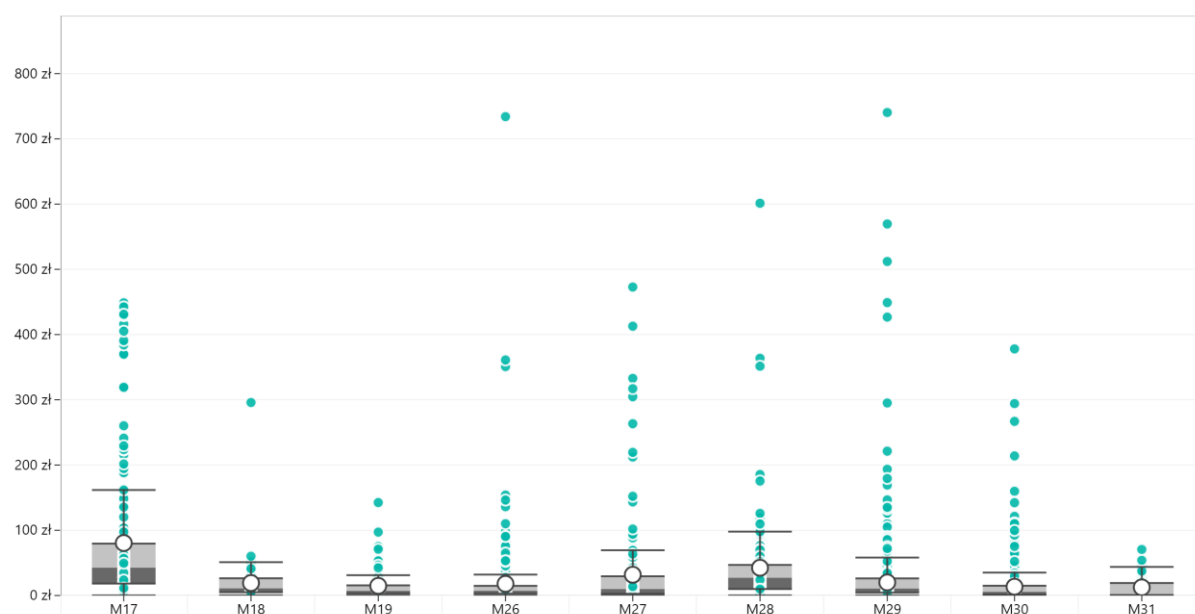
Kod i nazwa grupy	Średnia długość pobytu w dniach	Średni koszt pobytu [zł]
M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	9,41	12 960,25
M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	4,53	5 353,83
M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	2,35	2 828,64
M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	0,96	1 123,51
M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	3,39	4 089,74
M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*	16,05	22 311,27
M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	7,04	9 544,03
M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	6,49	7 955,11
M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	4,64	5 628,11
M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	1,92	2 290,02
M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	0,92	1 069,61
M16 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*	2,92	3 357,25
M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	7,84	11 420,40
M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	8,57	11 165,26

Źródło: opracowanie własne

3.2.7. Koszt procedur medycznych, produktów leczniczych, wyrobów medycznych*Grupy zachowawcze*

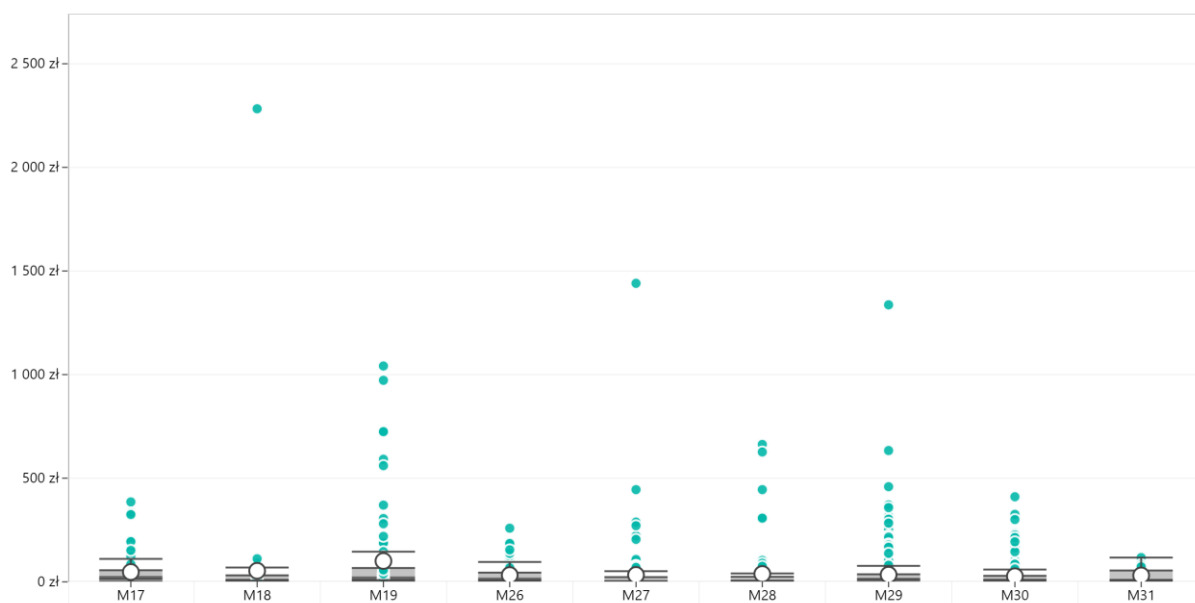
Koszty leków, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych, ordynowanych i realizowanych w trakcie pobytu pacjenta na oddziale, oszacowano na podstawie danych medyczno-kosztowych zawierających informacje o każdym pojedynczym świadczeniu z próby, po aktualizacji do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2025 roku. Analizy oparto na danych odnoszących się do pacjentów, których długość pobytu mieściła się w nowej liczbie dni pobytu finansowanych grupą wyznaczoną przez AOTMiT.

Na poniższych rysunkach zaprezentowano zróżnicowanie dziennych kosztów wyrobów medycznych, produktów leczniczych oraz kosztów procedur diagnostycznych dla grup zachowawczych.

Rozrzut kosztów produktów leczniczych w przeliczeniu na dzień w grupach zachowawczych

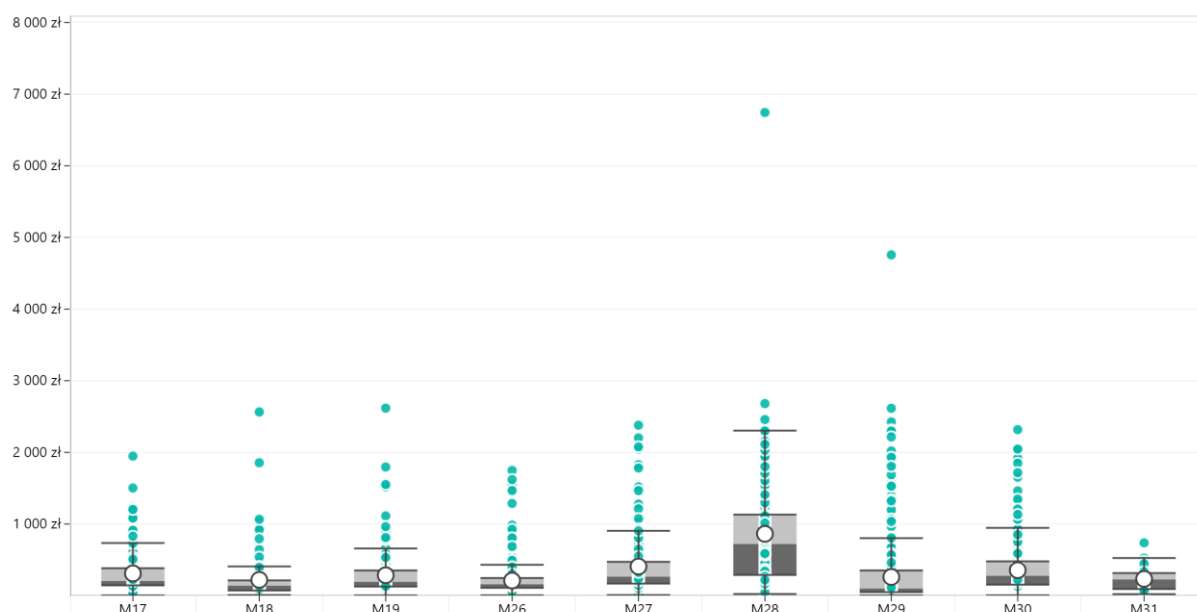
Rysunek 67. Rozrzut kosztów produktów leczniczych w przeliczeniu na dzień w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).

Źródło: opracowanie własne

Rozrzut kosztów wyrobów medycznych w przeliczeniu na dzień w grupach zachowawczych

Rysunek 68. Rozrzut kosztów wyrobów medycznych w przeliczeniu na dzień w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).

Źródło: opracowanie własne

Rozrzut kosztów procedur medycznych w grupach zachowawczych**Rysunek 69. Rozrzut kosztów procedur medycznych w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).**

Źródło: opracowanie własne

Do oszacowania kosztów leków oraz wyrobów medycznych w grupach zachowawczych wykorzystano odrębne składowe kosztowe: jedną odnoszącą się do leków, a drugą do wyrobów medycznych. W obu przypadkach posłużono się uśrednionym – na poziomie JGP oraz kategorii szpitala – sumarycznym kosztem w przeliczeniu na dzień pobytu pacjenta, po odcięciu obserwacji skrajnych. Każda ze składowych została następnie przemnożona przez średnią długość pobytu pacjentów w danej JGP i kategoriach szpitali, a uzyskane wartości zważono poziomem realizacji danej JGP w poszczególnych kategoriach szpitali.

Z kolei koszty procedur medycznych oszacowano na podstawie, uśrednionych na JGP i kategorię szpitala, sumarycznych kosztów procedur diagnostycznych z całej hospitalizacji, zważonych poziomem realizacji JGP w poszczególnych kategoriach szpitali.

Analizy oparto na danych odnoszących się do pacjentów, których długość pobytu mieściła się w nowej liczbie dni pobytu finansowanych grupą wyznaczoną przez AOTMiT. Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 29 Średnie koszty leków, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych w analizowanych grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.)

Kod i nazwa grupy	Leki [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]
M17 Indukcja poronienia	251,88	88,85	239,79
M18 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego	42,01	79,42	223,58
M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodne	48,13	284,57	301,33
M26 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	62,27	54,63	211,55
M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej	133,97	67,92	358,07
M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni	473,75	694,01	747,70

Kod i nazwa grupy	Leki [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]
M29 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw	51,13	134,35	324,30
M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego	31,49	40,14	342,92
M31 Leczenie niepłodności żeńskiej	18,26	33,35	201,89

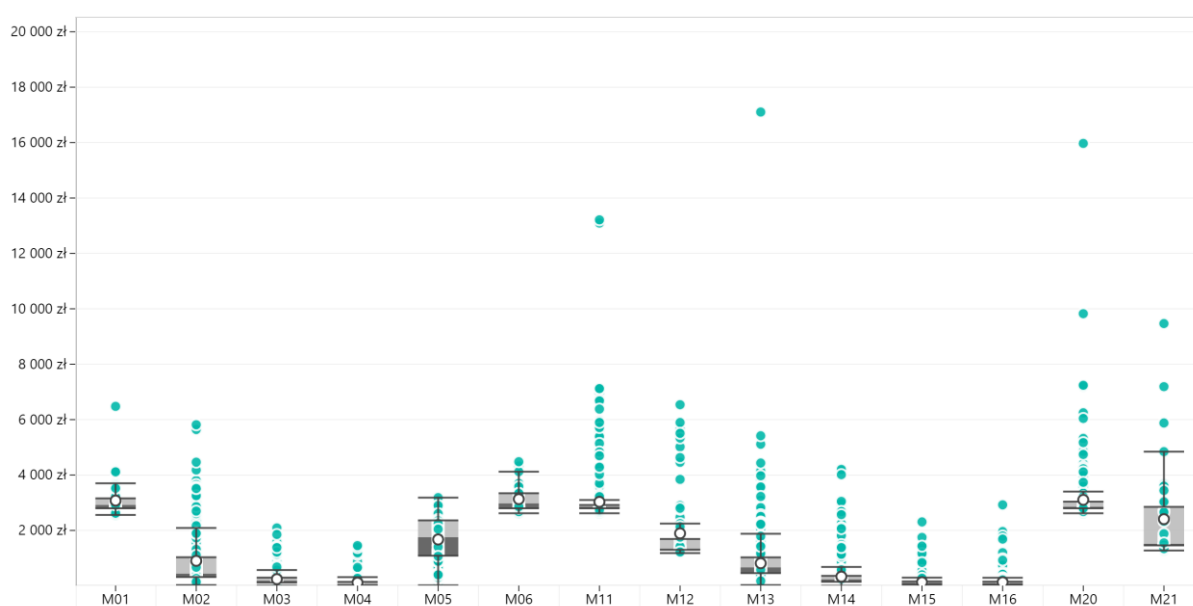
Źródło: opracowanie własne

Grupy zabiegowe

Średnie koszty leków, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych zużytych oraz zrealizowanych w trakcie pobytu pacjenta na oddziale oszacowano na podstawie danych medyczno-kosztowych zawierających informacje o każdym pojedynczym świadczeniu z próby. Analizy oparto na danych odnoszących się do pacjentów, których długość pobytu mieściła się w nowej liczbie dni pobytu finansowanych grupą wyznaczoną przez AOTMiT.

Na poniższych rysunkach zaprezentowano zróżnicowanie dziennych kosztów wyrobów medycznych, produktów leczniczych oraz kosztów procedur diagnostycznych dla grup zabiegowych.

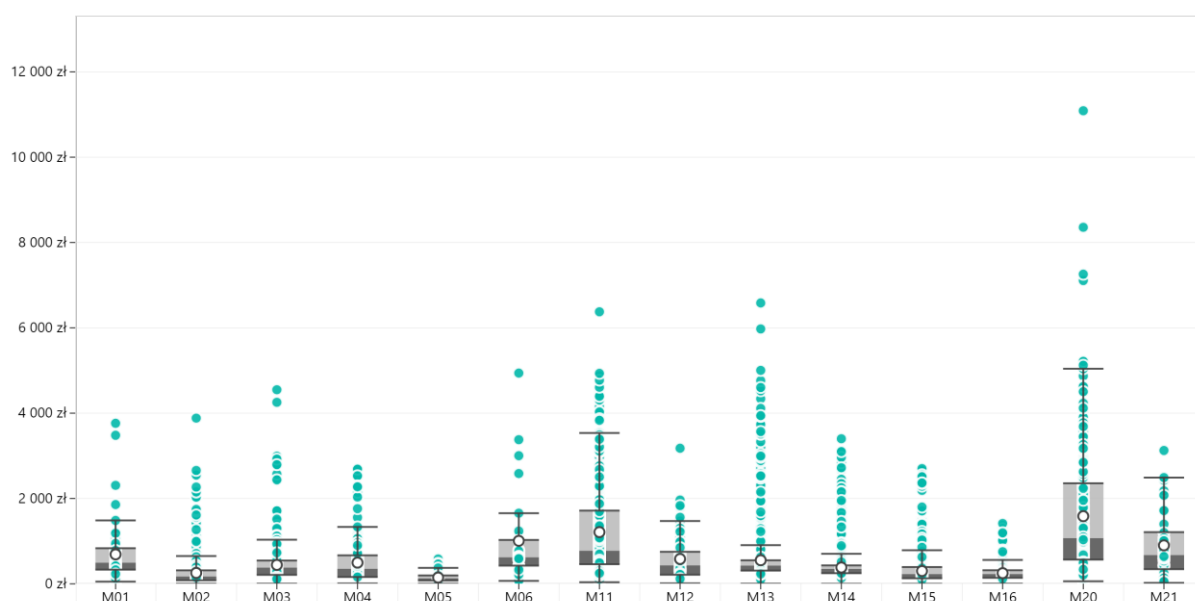
Rozrzut kosztów produktów leczniczych i wyrobów medycznych w grupach zabiegowych



Rysunek 70. Rozrzut kosztów produktów leczniczych i wyrobów medycznych w grupach zabiegowych (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).

Źródło: opracowanie własne

Rozrzut kosztów procedur medycznych w grupach zabiegowych



Rysunek 71. Rozrzut kosztów procedur medycznych w grupach zabiegowych (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).

Źródło: opracowanie własne

W grupach zabiegowych koszty leków, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych analizowano w przeliczeniu na pojedynczą hospitalizację. Mając na uwadze dostępne dane wskazujące na istotne niedoszacowanie świadczeń w obszarze leczenia chorób żeńskiego układu rozrodczego — a co za tym idzie, suboptymalne wykorzystanie nowoczesnych, często bardziej kosztownych wyrobów medycznych — podjęto decyzję o określeniu minimalnego, optymalnego poziomu zużycia leków i wyrobów medycznych. Wartości te zostały ustalone we współpracy z ekspertami klinicznymi.

W przypadkach, w których rzeczywiste zużycie zasobów na pacjenta było niższe niż poziom ustalony jako minimalny, do kalkulacji przyjmowano wartość wynikającą z wyznaczonego poziomu optymalnego. Dzięki temu koszty leków i wyrobów medycznych przyjęte w analizach lepiej odzwierciedlają rzeczywiste potrzeby związane z nowoczesnym leczeniem, zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i zaleceniami klinicznymi.

Dane przedstawione w poniższej tabeli mają charakter orientacyjny, gdyż ostateczny koszt świadczenia nie wynika bezpośrednio z sumy średnich kosztów leków, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych.

Tabela 30 Średnie koszty leków, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych w analizowanych grupach zabiegowych, po odcięciach wartości skrajnych (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.)

Kod i nazwa grupy	Leki i wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]
M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	2 924,97	546,49
M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	538,29	195,26
M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	205,47	385,09
M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	75,33	410,14
M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	1 673,51	137,45
M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw *	2 976,69	658,96

Kod i nazwa grupy	Leki i wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]
M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	2 835,75	1 093,45
M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	1 378,88	481,76
M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	739,70	405,42
M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	243,42	341,67
M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	110,02	262,13
M16 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej *	99,13	236,07
M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw *	2 860,99	1 481,62
M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw *	1 869,69	811,04

Źródło: opracowanie własne

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W celu bardziej precyzyjnego odwzorowania rzeczywistych kosztów realizacji procedur oraz zapewnienia porównywalności między świadczeniami, które mogą być wykonywane zarówno w warunkach leczenia szpitalnego, jak i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, przyjęto koszty zużycia leków i wyrobów medycznych na poziomie średnich wartości wynikających z ich zużycia w szpitalu — z dokładnością do każdej konkretnej procedury.

Wartości przyjęte do analizy oszacowane zostały na podstawie danych medyczno-kosztowych zawierających informacje o każdym pojedynczym świadczeniu z próby.

Tabela 31 Średnie koszty leków i wyrobów medycznych w analizowanych procedurach, realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, po odcięciach wartości skrajnych (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.)

Kod i nazwa procedury	Leki i wyroby medyczne [zł]
66.8 Przedmuchiwanie i przepłukiwanie jajowodu	97,28
67.11 Biopsja kanału szyjki macicy	72,30
67.12 Wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa)	52,37
67.2 Konizacja szyjki macicy	320,86
67.31 Marsupializacja torbieli szyjki macicy	94,48
67.39 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy – inne	100,60
68.12 Histeroskopia diagnostyczna	155,26
68.231 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy	107,54
68.232 Histeroskopowa ablacja endometrium	320,86
69.03 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne	82,68
69.04 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – lecznicze	122,31
69.59 Inne aspiracyjne lyżeczkowanie macicy	117,02
70.13 Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	94,48
70.24 Biopsja pochwy	105,63
71.01 Uwolnienie zrostów sromu	111,34
71.091 Powiększenie wejścia do pochwy	192,56
71.099 Nacięcie sromu/krocza – inne	173,78
71.11 Biopsja sromu	51,47
71.22 Nacięcie torbieli gruczołu Bartholina	106,47
71.23 Marsupializacja torbieli gruczołu Bartholina	114,03
71.3 Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza	172,69

Źródło: opracowanie własne

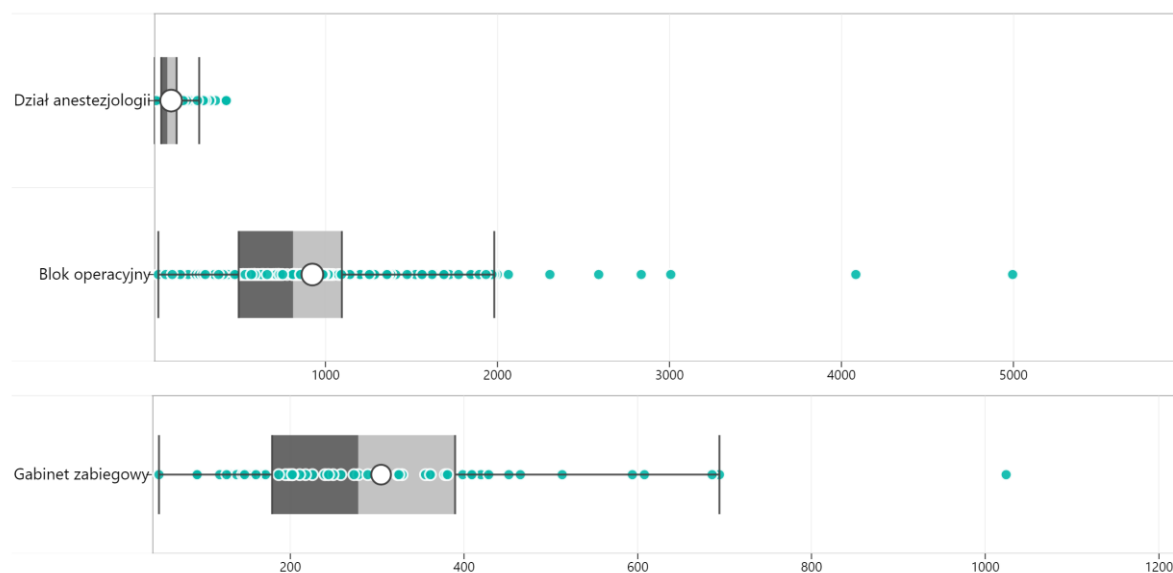
3.2.8. Koszt infrastruktury

Leczenie szpitalne

Do obliczenia kosztu infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii i ginekologicznego gabinetu zabiegowego zlokalizowanego w strukturze oddziału posłużyły dane finansowo-księgowe za lata 2022–2023, uaktualnione do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2025 roku, przy pomocy odpowiednich wskaźników zmian wielkości kosztów. Oszacowania oparto na rzeczywistej liczbie godzin pracy komórki organizacyjnej zaraportowanej przez świadczeniodawców. Na poniższym rysunku zaprezentowano zróżnicowanie godzinowych stawek zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii oraz ginekologicznego gabinetu zabiegowego.

Koszt godziny zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii oraz ginekologicznego gabinetu zabiegowego

Dane finansowo-księgowe aktualne do 30 czerwca 2025 roku



Rysunek 72. Rozrzut kosztów godzinowych stawek zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii i ginekologicznego gabinetu zabiegowego (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).

Źródło: opracowanie własne

W celu oszacowania kosztu zajęcia infrastruktury podczas zabiegu, do kosztów infrastruktury bloku operacyjnego doliczono koszty infrastruktury działu anestezjologii. W poniżej tabeli przedstawiono średnie koszty godziny zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii i ginekologicznego gabinetu zabiegowego, zgodnie z miejscem realizacji procedury zabiegowej, dla poszczególnych grup JGP, po aktualizacji do 30 czerwca 2025 roku.

Tabela 32 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego i działu anestezjologii (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.)

Kod i nazwa grupy	Infrastruktura [zł]
M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	874,60
M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	802,94
M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	610,79
M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	425,05
M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	851,87
M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*	822,78

Kod i nazwa grupy	Infrastruktura [zł]
M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	911,28
M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	857,21
M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	830,50
M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	847,92
M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	402,31
M16 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*	809,14
M17 Indukcja poronienia	765,87
M18 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego	806,44
M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodneego	805,56
M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	801,23
M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	841,69
M26 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	747,95
M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej	848,27
M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni	848,05
M29 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw	739,66
M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego	798,33
M31 Leczenie niepłodności żeńskiej	674,73

Źródło: opracowanie własne

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Świadczenia zabiegowe, które mogą być realizowane zarówno w warunkach leczenia szpitalnego, jak i w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wymagają spełnienia wyższych standardów organizacyjnych i infrastrukturalnych niż te obowiązujące w standardowej poradni ginekologiczno-położniczej. W związku z tym, w celu bardziej precyzyjnego odwzorowania rzeczywistych kosztów realizacji tzw. procedur jednoimiennych oraz zapewnienia porównywalności pomiędzy świadczeniami realizowanymi w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym, przyjęto założenie, że standard realizacji świadczeń ambulatoryjnych powinien odpowiadać standardowi analogicznych świadczeń wykonywanych w warunkach szpitalnych.

Ma to szczególne znaczenie w kontekście podejmowanych działań zmierzających do przesuwania ciężaru realizacji wybranych świadczeń z poziomu leczenia szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – odwracania piramidy świadczeń. Tylko zapewnienie adekwatnego poziomu finansowania w AOS umożliwi bezpieczne i efektywne przenoszenie świadczeń do trybu ambulatoryjnego bez ryzyka obniżenia jakości leczenia.

Mając powyższe na względzie, na potrzeby oszacowania kosztów infrastrukturalnych przyjęto wartości odpowiadające kosztom infrastruktury wykorzystywanej w szpitalnym ginekologicznym gabinecie zabiegowym, uznając je za adekwatne do wymagań technicznych i organizacyjnych świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Do kalkulacji wykorzystano dane finansowo-księgowe za 2023 rok, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do dnia 30 czerwca 2025 r., przy zastosowaniu odpowiednich wskaźników zmian wielkości kosztów.

Tabela 33 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury gabinetu zabiegowego (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.)

Składowa kosztowa	Średnia stawka godzinowa [zł]
Infrastruktura	307,72

Źródło: opracowanie własne

3.2.9. Stawki godzinowe personelu realizującego procedurę zabiegową

Stawki godzinowe personelu uczestniczącego w realizacji procedur zabiegowych przyjętych do wyliczenia taryfikowanych świadczeń oszacowane zostały na podstawie danych o wynagrodzeniach pozyskanych w ramach postępowania nr 80 *Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych za wrzesień 2024 r.*

W poniżej tabeli zestawiono średnie stawki godzinowe personelu uczestniczącego w realizacji procedur zabiegowych, po odrzuceniu obserwacji odstających.

Tabela 34 Średnie stawki godzinowe brutto-brutto głównych kategorii personelu realizującego procedurę zabiegową (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).

Kategoria personelu	Średnia stawka godzinowa [zł]
Lekarz	209,08
Lekarz anestezjolog	247,44
Pielęgniarka (asystująca/instrumentariuszka)	104,25
Pielęgniarka anestezjologiczna	104,13

Źródło: opracowanie własne

3.2.10. Czas zajęcia infrastruktury do zabiegu

W poniższej tabeli zestawiono średni czas wykorzystania infrastruktury niezbędnej do realizacji poszczególnych procedur zabiegowych. Należy podkreślić, że w oszacowanym koszcie procedury uwzględniono również dodatkowy czas konieczny na przygotowanie personelu oraz sali operacyjnej do zabiegu, w tym na czynności związane ze sprzątaniem i dezynfekcją, co stanowi istotny element rzeczywistych kosztów organizacyjnych.

Tabela 35 Średni czas zajęcia infrastruktury do zabiegu

Kod i nazwa grupy	Średni czas zajęcia infrastruktury
M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	3 h 52 min
M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	2 h 6 min
M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	1 h 18 min
M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	49 min
M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	1 h 27 min
M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*	3 h 59 min
M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	4 h 52 min
M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	3 h 23 min
M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	2 h 24 min
M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	1 h 47 min
M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	50 min
M16 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*	55 min
M17 Indukcja poronienia	59 min
M18 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego	1 h 25 min
M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodowego	1 h 41 min
M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	4 h 57 min
M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	3 h 47 min
M26 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	1 h 4 min
M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej	1 h 33 min
M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni	1 h 42 min

Kod i nazwa grupy	Średni czas zajęcia infrastruktury
M29 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw	1 h 26 min
M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego	1 h 26 min
M31 Leczenie niepłodności żeńskiej	1 h 43 min

Źródło: opracowanie własne

3.2.11. Wyniki analizy kosztów

Leczenie szpitalne

Wyniki analizy kosztów dla poszczególnych grup zachowawczych, zaktualizowane do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30 czerwca 2025 roku, zostały przedstawione w poniższej tabeli. Jednocześnie podkreślić należy, że w części grup definiowanych jako zachowawcze wskazano procedury wykonane na bloku operacyjnym, w tym procedury diagnostyczne wymagające realizacji w warunkach szpitalnych w znieczuleniu ogólnym, z powodu np. nieprawidłowej budowy anatomicznej narządów lub wieku pacjenta.

Całkowity koszt świadczeń zachowawczych stanowi sumę kosztu pobytu, kosztów leków, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych i zabiegowych. Koszt procedur zabiegowych został ujęty w koszcie JGP po jego skorygowaniu o częstość występowania tych procedur w analizowanej próbie pacjentów.

Tabela 36 Wyniki analizy kosztów grup zachowawczych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2025 r.)

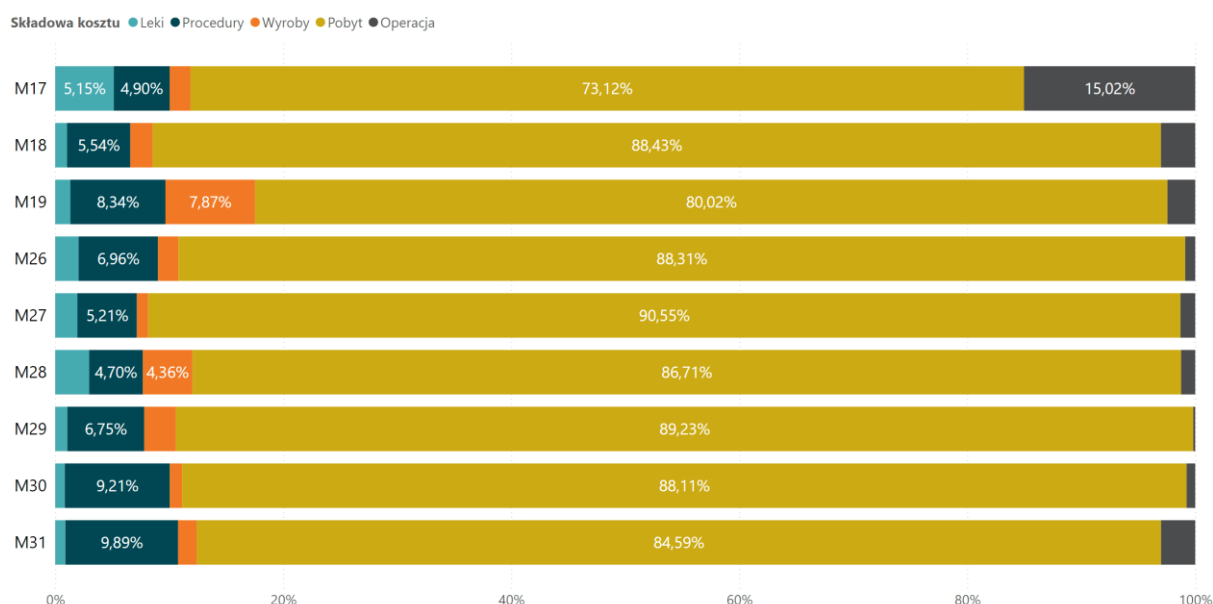
Kod grupy	Długość pobytu [dni]	Pobyt [zł]	Leki [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]	Procedury zabiegowe [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
M17	3,07	3 577,61	251,88	88,85	239,79	734,80	4 892,93
M18	2,98	3 566,15	42,01	79,42	223,58	121,36	4 032,53
M19	2,46	2 892,28	48,13	284,57	301,33	88,09	3 614,41
M26	2,27	2 682,70	62,27	54,63	211,55	26,79	3 037,95
M27	5,34	6 220,24	133,97	67,92	358,07	89,04	6 869,24
M28	10,33	13 787,58	473,75	694,01	747,70	197,41	15 900,45
M29	3,17	4 289,83	51,13	134,35	324,30	8,21	4 807,82
M30	2,73	3 281,46	31,49	40,14	342,92	28,18	3 724,19
M31	1,46	1 727,35	18,26	33,35	201,89	61,27	2 042,12

M17 Indukcja poronienia, M18 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego, M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodowego, M26 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego, M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej, M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni, M29 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw, M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego, M31 Leczenie niepłodności żeńskiej

Źródło: opracowanie własne

W większości analizowanych grup zachowawczych największy udział w kosztach stanowi koszt pobytu mieszczący się w przedziale od 73% do 91%, a następnie koszt procedur diagnostycznych – od 5% do 10%. Koszt procedur zabiegowych ma największy udział w całości kosztów w JGP M17 Indukcja poronienia (15%), natomiast najwyższy udział kosztów wyrobów występuje w JGP M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodowego (8%) (Rysunek 73).

Grupy zachowawcze



Rysunek 73. Struktura kosztów całkowitych w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2025 r.).

Źródło: opracowanie własne

Wyniki analizy kosztów dla poszczególnych grup zabiegowych, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do dnia 30 czerwca 2025 roku, zostały przedstawione w poniższej tabeli. Całkowity koszt świadczeń zabiegowych oszacowano jako sumę średnich kosztów pobytu oraz średniej wartości (po odcięciu wartości skrajnych) kosztów zmiennych — obejmujących koszty leków, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych i zabiegowych.

Ostateczny wynik analizy kosztów uwzględnia szacowaną częstość realizacji procedur kierunkowych w populacji świadczeń udzielonych w 2023 roku, z uwzględnieniem proponowanych zmian w charakterystyce grup JGP. Umożliwia to precyzyjne odwzorowanie rzeczywistego rozkładu świadczeń oraz określenia adekwatnego poziomu refundacji, odzwierciedlającego aktualne potrzeby systemu opieki zdrowotnej.

Tabela 37 Wyniki analizy kosztów grup zabiegowych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2025 r.)

Kod grupy	Średnie wartości składowe			Wynik analizy kosztów [zł]
	Długość pobytu [dni]	Pobyt [zł]	Koszty zmienne [zł]	
M01	9,41	12 960,25	10 794,96	23 755,21
M02	4,53	5 353,83	4 714,74	10 068,58
M03	2,35	2 828,64	1 829,47	4 658,11
M04	0,96	1 123,51	961,75	2 085,26
M05	3,39	4 089,74	4 178,05	8 267,80
M06	16,05	22 311,27	10 777,06	33 088,33
M11	7,04	9 544,03	13 905,76	23 449,79
M12	6,49	7 955,11	8 090,70	16 045,81
M13	4,64	5 628,11	5 867,92	11 496,04
M14	1,92	2 290,02	3 416,04	5 706,06
M15	0,92	1 069,61	1 174,56	2 244,17
M16	2,92	3 357,25	1 004,26	4 361,51
M20	7,84	11 420,40	13 776,97	25 197,37

Kod grupy	Średnie wartości składowe			Wynik analizy kosztów [zł]
	Długość pobytu [dni]	Pobyt [zł]	Koszty zmienne [zł]	
M21	8,57	11 165,26	10 190,57	21 355,83

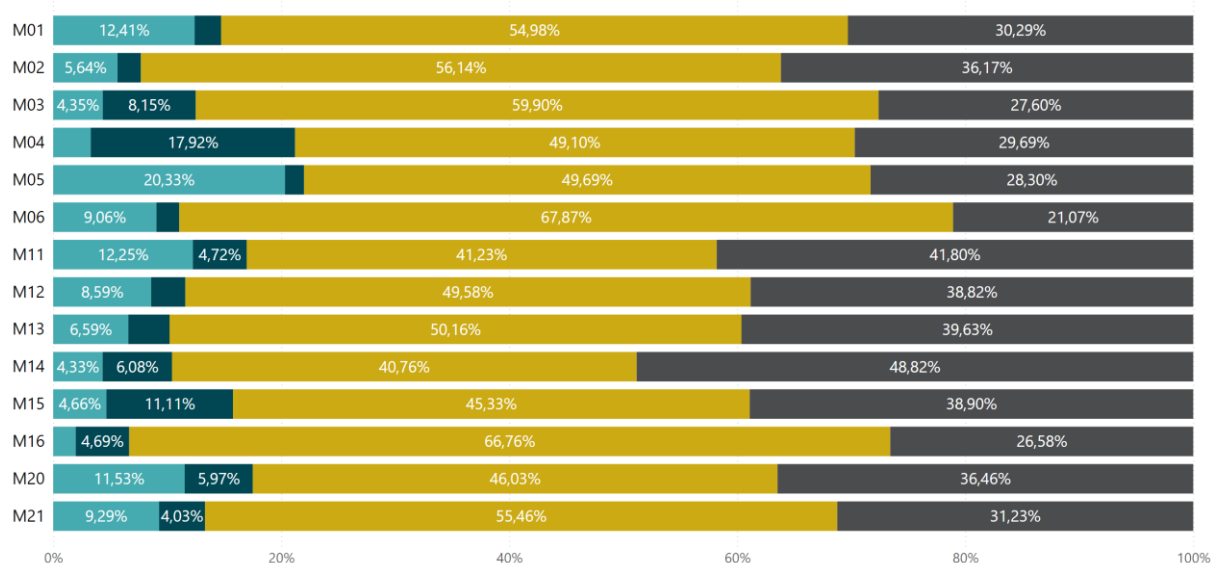
M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw*, M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *, M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *, M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *, M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*, M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*, M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *, M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *, M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *, M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *, M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *, M16 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*, M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*, M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*

Źródło: opracowanie własne

Na poniższym rysunku przedstawiono strukturę kosztów w grupach zabiegowych. W przypadku kompleksowych zabiegów, koszty procedur zabiegowych stanowią od 21% (M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*) do 42% (M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *) całkowitych kosztów. Natomiast w przypadku małych zabiegów, udział ten wynosi od 30% (M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego*) do 39% (M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego*).

Grupy zabiegowe

Składowa kosztu Lek i wyroby Procedury Pobyt Operacja



Rysunek 74. Struktura kosztów całkowitych w grupach zabiegowych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2025 r.).

Źródło: opracowanie własne

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Wyniki analizy kosztów dla poszczególnych grup świadczeń realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom obowiązującym do dnia 30 czerwca 2025 roku, zostały przedstawione w poniższej tabeli. Całkowity koszt świadczeń oszacowano jako sumę kosztów leków i wyrobów medycznych, wynagrodzeń personelu oraz kosztów infrastruktury gabinetu zabiegowego. Z kolei wynik analizy kosztów dla proponowanych nowych produktów rozliczeniowych został obliczony jako średnia ważona, uwzględniająca częstość realizacji poszczególnych procedur w 2023 roku.

Tabela 38 Wyniki analizy kosztów grup w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dane uaktualnione do 30 czerwca 2025 r.)

Produkt rozliczeniowy i procedura	Leki i wyroby medyczne [zł]	Wynagrodzenia [zł]	Infrastruktura [zł]	Wynik analizy kosztów (zł)
ZX1 Świadczenia zabiegowe - grupa X1				1 112
67.11 Biopsja kanału szyjki macicy	72,30	522,22	512,87	1 107
67.12 Wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa)	52,37	522,22	512,87	1 087
67.31 Marsupializacja torbieli szyjki macicy	94,48	522,22	512,87	1 130
70.13 Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	94,48	522,22	512,87	1 130
70.24 Biopsja pochwy	105,63	522,22	512,87	1 141
71.01 Uwolnienie zrostów sromu	111,34	522,22	512,87	1 146
71.099 Nacięcie sromu/krocza – inne	173,78	522,22	512,87	1 209
71.11 Biopsja sromu	51,47	522,22	512,87	1 087
ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa X2				1 290
66.8 Przedmuchiwanie i przepłukiwanie jajowodu	97,28	574,44	564,15	1 236
67.39 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy – inne	100,60	600,55	589,80	1 291
71.22 Nacięcie torbieli gruczołu Bartholina	106,47	600,55	589,80	1 297
71.23 Marsupializacja torbieli gruczołu Bartholina	114,03	600,55	589,80	1 304
ZX3 Świadczenia zabiegowe - grupa X3				1 363
71.091 Powiększenie wejścia do pochwy	192,56	574,44	564,15	1 331
71.3 Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza	172,69	600,55	589,80	1 363
ZX4 Świadczenia zabiegowe - grupa X4				1 411
68.12 Histeroskopia diagnostyczna	155,26	678,88	666,73	1 501
68.231 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy	107,54	652,77	641,08	1 401
69.03 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne	82,68	652,77	641,08	1 377
69.04 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – lecznicze	122,31	652,77	641,08	1 416
69.59 Inne aspiracyjne lyżeczkowanie macicy	117,02	652,77	641,08	1 411
ZX5 Świadczenia zabiegowe - grupa X5				1 624
67.2 Konizacja szyjki macicy	320,86	652,77	641,08	1 615
68.232 Histeroskopowa ablacja endometrium	320,86	678,88	666,73	1 667

Źródło: opracowanie własne

Ograniczenia przeprowadzonej analizy kosztów:

- analiza została przeprowadzona na podstawie danych pochodzących od wybranej grupy świadczeniodawców oraz dotyczących określonych produktów rozliczeniowych. Choć dane obejmowały jedynie część procedur wchodzących w skład danej grupy JGP, należy uznać próbę za reprezentatywną, ponieważ obejmuje ona najczęściej realizowane procedury,
- przekazane dane medyczno-kosztowe cechowały się niejednorodnością oraz zróżnicowanym stopniem szczegółowości (różnice w nazewnictwie, jednostkach miary itp.), co wymagało ich ujednolicenia przed przystąpieniem do właściwej analizy,

- brak możliwości zweryfikowania, czy przekazane przez świadczeniodawców dane kosztowe są w pełni rzeczywiste i adekwatne do rzeczywistych kosztów ponoszonych w toku realizacji świadczeń. Jednocześnie w ramach współpracy z ekspertami klinicznymi dla wybranych JGP dokonano określenia minimalnego zużycia leków i wyrobów medycznych zgodnego ze standardami postępowania,
- oszacowania kosztów świadczeń zostały przeprowadzone w oparciu o dane historyczne, które następnie zaktualizowano przy użyciu odpowiednich wskaźników aktualizacji kosztów. Uwzględniono także strukturę realizacji świadczeń oraz długość hospitalizacji w różnych typach szpitali w 2023 roku.

3.3. Analiza wrażliwości

W ramach prac taryfikacyjnych nie została przeprowadzona analiza wrażliwości.

3.4.Projekt taryfy

Leczenie szpitalne

Projekty taryf opierają się na wynikach analiz kosztów obejmujących:

- przeniesienie procedur z M02 *Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego ** do M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw ** (57.883 *Operacja przetoki pęcherzowo-odbytniczej albo pęcherzowo-pochwowo-odbytniczej z dostępu nadłonowego lub kroczonego*, 57.884 *Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej albo moczowodowo-pochwowej z dostępu przez pochwę – operacja prosta*, 57.885 *Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej albo pęcherzowo-cewkowo-pochwowej z dostępu przez pochwę lub nadłonowego*, 57.886 *Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej z dostępu przezpęcherzowego pozaotrzewnowego*, 57.887 *Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej z dostępu przez laparotomię*, 57.888 *Operacja przetoki pęcherzowo-maciczej z usunięciem macicy*, 57.889 *Operacja przetoki pęcherzowo-maciczej bez usunięcia macicy*, 70.72 *Operacja przetoki pochwowo-okrężniczej*, 70.73 *Operacja przetoki pochwowo-odbytniczej*, 70.74 *Operacja innych przetok pochwowo-jelitowych*, 70.75 *Operacja innych przetok pochwowych*),
- przeniesienie procedur z M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego ** do M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw ** (69.42 *Zamknięcie przetoki macicy*),
- przeniesienie procedur z M02 *Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego ** do M03 *Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego ** (70.71 *Szybie rozdarcia pochwy*),
- przeniesienie procedur z M04 *Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego ** do M03 *Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego ** (70.141 *Wycięcie przegrody pochwowej*),
- przeniesienie procedur z M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego ** do M13 *Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego ** (65.25 *Inne laparoskopowe wycięcie lub zniszczenie zmiany jajnika*, 69.221 *Przyszywanie macicy do powłok brzusznych*, 69.222 *Operacja manchesterska (Fothergilla)*).

Ponadto rekomenduje się:

- dodanie do charakterystyki JGP M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw ** następujących rozpoznań:
 - N82.0 *Przetoka pęcherzowo-pochwowa*,
 - N82.1 *Inne przetoki pomiędzy układem moczowym a żeńskimi narządami płciowymi*,
 - N82.2 *Przetoka między pochwą a jelitem cienkim*,
 - N82.3 *Przetoka między pochwą a jelitem grubym*,
 - N82.4 *Inne przetoki między jelitami a żeńskimi narządami płciowymi*,
 - N82.5 *Przetoki między żeńskimi narządami płciowymi a skórą*,
 - N82.8 *Inne przetoki w żeńskim narządzie rodnym*,
 - N82.9 *Przetoka w żeńskim narządzie rodnym, nieokreślona*.
- dodanie rozpoznań do charakterystyki grupy M11 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw ** i M12 *Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw **:
 - N80.0 *Gruźlica macicy*,
 - N80.1 *Gruźlica śródmaciczna jajnika*,
 - N80.2 *Gruźlica śródmaciczna jajowodu*,

- N80.3 Gruczolistość śródmaciczna otrzewnej miednicy mniejszej,
- N80.4 Gruczolistość śródmaciczna przegrody odbytniczo-pochwowej i pochwy,
- N80.5 Gruczolistość śródmaciczna jelita,
- N80.6 Gruczolistość śródmaciczna w bliźnie skórnej,
- N80.8 Inna gruczolistość śródmaciczna o innej lokalizacji.

W przypadku 19 JGP projekt taryfy przewyższa aktualną wycenę, a różnica wynosi od 15,11% do 303,60%. Natomiast dla 3 JGP obowiązująca taryfa jest niższa aniżeli wynik analizy kosztów, przy czym różnica wynosi od -9,88% do -21,32%. W odniesieniu do jednej JGP, dla której wynik analizy kosztów jest nieznacznie niższy od obecnie obowiązującej taryfy, rekomenduje się utrzymanie dotychczasowego poziomu refundacji (Tabela 39).

Tabela 39 Projekt taryfy – leczenie szpitalne

Kod i nazwa grupy	Aktualna wycena		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	[punkty]	[zł]	[punkty]	[zł]	
Dolna część układu rozrodczego					
M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	14 483	26 359,06	13 052	23 754,64	-9,88%
M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	4 511	8 210,02	5 532	10 068,24	22,63%
M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	1 448	2 635,36	2 559	4 657,38	76,73%
M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	557	1 013,74	1 146	2 085,72	105,75%
M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*	16 098	29 298,36	18 180	33 087,60	12,93%
M18 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego	1 002	1 823,64	2 216	4 033,12	121,16%
Górna część układu rozrodczego					
M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	16 377	29 806,14	12 885	23 450,70	-21,32%
M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	9 191	16 727,62	9 191	16 727,62	0,00%
M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	3 787	6 892,34	6 317	11 496,94	66,81%
M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	2 618	4 764,76	3 135	5 705,70	19,75%
M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	891	1 621,62	1 233	2 244,06	38,38%
M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	16 433	29 908,06	13 845	25 197,90	-15,75%
M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	10 194	18 553,08	11 734	21 355,88	15,11%
M26 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	891	1 621,62	1 669	3 037,58	87,32%
Leczenie nowotworów układu rozrodczego					
M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni	4 568	8 313,76	8 737	15 901,34	91,27%
M29 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw	1 894	3 447,08	2 642	4 808,44	39,49%

Kod i nazwa grupy	Aktualna wycena		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	[punkty]	[zł]	[punkty]	[zł]	
Pozostałe					
M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	3 581	6 517,42	4 543	8 268,26	26,86%
M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodneg	1 002	1 823,64	1 986	3 614,52	98,20%
M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej	2 479	4 511,78	3 774	6 868,68	52,24%
M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego	1 771	3 223,22	2 046	3 723,72	15,53%
M31 Leczenie niepłodności żeńskiej	278	505,96	1122	2 042,04	303,60%
Związane z zakończeniem ciąży					
M16 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*	1 559	2 837,38	2 396	4 360,72	53,69%
M17 Indukcja poronienia	1 448	2 635,36	2 688	4 892,16	85,64%

dla wartości 1 pkt = 1,82 zł, stanowiącym średnią cenę jednostki rozliczeniowej, dla analizowanych świadczeń, obowiązującą do 30 czerwca 2025 r.

Źródło: opracowanie własne

Wskazane powyżej projekty taryf uwzględniają również korekty pozostałych elementów składających się na wycenę świadczeń, w szczególności:

- modyfikację liczby dni pobytu finansowanych w ramach danej grupy JGP, dostosowaną do wyników przeprowadzonej analizy długości hospitalizacji,
- aktualizację wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą, w oparciu o rzeczywiste koszty pobytu oraz zaktualizowane dane kosztowe.

Szczegółowe wartości przyjęte dla obu powyższych elementów zostały zaprezentowane w poniższej tabeli.

Tabela 40 Projekt liczby dni pobytu finansowanych grupą oraz wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą

Kod i nazwa grupy	Liczba dni pobytu finansowana grupą - aktualna	Liczba dni pobytu finansowana grupą - projekt	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt	Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
Dolna część układu rozrodczego					
M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	50	21	334	491	47,01%
M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	14	7	334	491	47,01%
M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	–	–	–	–	–
M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	–	–	–	–	–
M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*	50	43	334	491	47,01%
M18 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego	5	9	222	491	121,17%

Kod i nazwa grupy	Liczba dni pobytu finansowana grupą - aktualna	Liczba dni pobytu finansowana grupą - projekt	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - aktualna	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt	Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
Górna część układu rozrodczego					
M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	14	14	334	491	47,01%
M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	14	9	334	491	47,01%
M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	13	8	334	491	47,01%
M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	8	5	278	491	76,62%
M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	–	–	–	–	–
M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	14	15	334	491	47,01%
M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	14	20	334	491	47,01%
M26 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	5	6	167	491	194,01%
Leczenie nowotworów układu rozrodczego					
M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni	16	22	334	491	47,01%
M29 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw	16	9	278	491	76,62%
Pozostałe					
M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	11	6	334	491	47,01%
M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodnego	5	6	222	491	121,17%
M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej	11	13	353	491	39,09%
M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego	15	9	236	491	108,05%
M31 Leczenie niepłodności żeńskiej	–	–	–	–	–
Związane z zakończeniem ciąży					
M16 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*	–	–	–	–	–
M17 Indukcja poronienia	–	–	–	–	–

dla wartości 1 pkt = 1,82 zł, stanowiącym średnią cenę jednostki rozliczeniowej, dla analizowanych świadczeń, obowiązującą do 30 czerwca 2025 r.

Źródło: opracowanie własne

Jednocześnie wraz z wprowadzeniem w życie proponowanych taryf proponuje się likwidację pomostowych współczynników korygujących, wprowadzonych do systemu rozliczeniowego na podstawie rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczących zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wydanych w latach 2023 i 2024. Zmiana ta dotyczy następujących JGP: M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *,

M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *, M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *, M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *, M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *.

Ponadto proponuje się likwidację produktu 5.52.01.0001503 *Zabiegi w zaburzeniu statyki narządu rodnego z użyciem materiału syntetycznego*, finansowanego w ramach katalogu produktów odrębnych, ze względu na:

- jego niską realizację,
- równoległe finansowanie tych zabiegów w ramach JGP M05 *Zabiegi w nietrzymaniu moczu**, której projekt taryfy uwzględnia koszt wszczepialnych materiałów syntetycznych,
- wyższy projekt taryfy JGP M05 w porównaniu do obecnej wartości punktowej produktu 5.52.01.0001503.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Projekty taryf dla jednoimiennych procedur zabiegowych realizowanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, obejmujące utworzenie nowych produktów rozliczeniowych przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 41 Projekt taryfy dla świadczeń zabiegowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Produkt rozliczeniowy i procedura	Aktualna wycena		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	[punkty]	[zł]	[punkty]	[zł]	
ZX1 Świadczenia zabiegowe - grupa X1	–	–	635	1 111,25	–
67.11 Biopsja kanału szyjki macicy	439	768,25	635	1 111,25	44,65%
67.12 Wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa)	439	768,25	635	1 111,25	44,65%
67.31 Marsupializacja torbieli szyjki macicy	439	768,25	635	1 111,25	44,65%
70.13 Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	439	768,25	635	1 111,25	44,65%
70.24 Biopsja pochwy	259	453,25	635	1 111,25	145,17%
71.01 Uwolnienie zrostów sromu	439	768,25	635	1 111,25	44,65%
71.099 Nacięcie sromu/krocza – inne	259	453,25	635	1 111,25	145,17%
71.11 Biopsja sromu	259	453,25	635	1 111,25	145,17%
ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa X2	–	–	737	1 289,75	–
66.8 Przedmuchiwanie i przepłukiwanie jajowodu	647	1 132,25	737	1 289,75	13,91%
67.39 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy – inne	259	453,25	737	1 289,75	184,56%
71.22 Nacięcie torbieli gruczołu Bartholina	346	605,50	737	1 289,75	113,01%
71.23 Marsupializacja torbieli gruczołu Bartholina	439	768,25	737	1 289,75	67,88%
ZX3 Świadczenia zabiegowe - grupa X3	–	–	779	1 363,25	–
71.091 Powiększenie wejścia do pochwy	439	768,25	779	1 363,25	77,45%
71.3 Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza	439	768,25	779	1 363,25	77,45%

Produkt rozliczeniowy i procedura	Aktualna wycena		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	[punkty]	[zł]	[punkty]	[zł]	
ZX4 Świadczenia zabiegowe - grupa X4	–	–	806	1 410,50	–
68.12 Histeroskopia diagnostyczna	647	1 132,25	806	1 410,50	24,57%
68.231 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy	647	1 132,25	806	1 410,50	24,57%
69.03 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne	647	1 132,25	806	1 410,50	24,57%
69.04 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – lecznicze	647	1 132,25	806	1 410,50	24,57%
69.59 Inne aspiracyjne tyżeczowanie macicy	647	1 132,25	806	1 410,50	24,57%
ZX5 Świadczenia zabiegowe - grupa X5	–	–	928	1 624,00	–
67.2 Konizacja szyjki macicy	901	1 576,75	928	1 624,00	3,00%
68.232 Histeroskopowa ablacja endometrium	901	1 576,75	928	1 624,00	3,00%

dla wartości 1 pkt = 1,75 zł, stanowiącym średnią cenę jednostki rozliczeniowej, dla analizowanych świadczeń, obowiązującą do 30 czerwca 2025 r.

Wraz z implementacją nowej wyceny jednoimiennych procedur realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, proponuje się wprowadzenie zmiany w przepisach rozporządzenia koszykowego, polegającej na umożliwieniu rozliczania kosztów krótkotrwałego znieczulenia ogólnego dla wybranych procedur. Zmiana ta dotyczyłaby w szczególności świadczeń wykonywanych wewnątrzmacicznie, w których zastosowanie znieczulenia miejscowego jest często niewystarczające lub niemożliwe ze względów klinicznych.

Wprowadzenie takiego rozwiązania pozwoliłoby na zwiększenie liczby procedur możliwych do bezpiecznego i skutecznego wykonania w trybie ambulatoryjnym, co mogłoby istotnie wpłynąć na poprawę dostępności świadczeń dla pacjentek, ograniczenie kosztów systemowych oraz dalszą realizację strategicznego celu, jakim jest przesuwanie ciężaru opieki zdrowotnej z leczenia szpitalnego do bardziej efektywnych form opieki w ramach odwracania piramidy świadczeń.

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 świadczeń gwarantowanych związanych z leczeniem chorób żeńskiego układu rozrodczego. 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 oraz z przeniesienia procedur do charakterystyk grup docelowych, likwidacji pomostowych współczynników korygujących a także zmiany liczby dni pobytu finansowanych grupą oraz zmiany wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą.

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona z wykorzystaniem danych Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie produktów jednostkowych zrealizowanych w 2023 roku z uwzględnieniem:

- wszystkich świadczeń, które zostały sprawozdane do NFZ w omawianym okresie, w tym świadczeń, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ,
- nowych (docelowych) grup JGP wynikających z proponowanych zmian charakterystyki świadczeń,
- aktualnie obowiązujących warunków rozliczania świadczeń ze względu na długość hospitalizacji (hospitalizacje 0-, 1-, 2- dniowe oraz dłuższe),
- limitów dni finansowania grupą, a także wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą i ich zmian,
- likwidacji pomostowych współczynników korygujących,
- aktualnych cen jednostki rozliczeniowej w poszczególnych zakresach świadczeń obowiązujących od lipca 2024 r.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, że przedstawione oszacowania opierają się na danych historycznych, dotyczących struktury realizowanych świadczeń, średniej długości hospitalizacji oraz symulowanych przesunięć pacjentów pomiędzy grupami. W związku z tym należy traktować je jako prognozy obarczone pewnym stopniem niepewności, wynikającym m.in. z możliwych zmian w praktyce klinicznej, organizacyjnej oraz w dostępności świadczeń.

Wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w wysokości **470 mln zł**, co odpowiada **20,9%** zwiększeniu ponoszonych kosztów w obszarze analizowanych świadczeń w stosunku do stanu obecnego, szacowanego na podstawie aktualnej ceny jednostki rozliczeniowej oraz realizacji świadczeń w 2023 roku.

W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe informacje.

Tabela 42 Analiza wpływu na budżet płatnika

Kod i nazwa grupy	Liczba hospitalizacji w 2023 roku	Łączna wartość świadczeń przed zmianą [zł] *	Łączna wartość świadczeń po zmianach [zł] *	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
Leczenie szpitalne	482 940	2 152 408 719,87	2 576 367 116,23	423 958 396,36	19,70%
Dolne części układu rozrodczego	75 947	370 541 680,77	479 572 400,13	109 030 719,36	29,42%
M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	435	9 416 893,02	10 331 072,19	914 179,17	9,71%
M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	32 805	277 321 471,28	341 995 248,46	64 673 777,18	23,32%
M03 Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	15 360	49 087 922,47	68 594 502,55	19 506 580,08	39,74%
M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	25 526	29 562 648,12	50 685 738,29	21 123 090,18	71,45%
M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*	82	2 335 024,56	2 641 706,96	306 682,40	13,13%
M18 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego	1 739	2 817 721,33	5 324 131,68	2 506 410,35	88,95%
Górne części układu rozrodczego	313 729	1 501 740 940,34	1 689 446 420,69	187 705 480,35	12,50%
M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *	2	34 135,50	63 053,12	28 917,62	84,71%
M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	6 502	189 983 711,71	149 693 299,93	-40 290 411,78	-21,21%
M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *	1 045	17 172 961,16	17 429 632,48	256 671,32	1,49%
M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *	48 763	401 082 826,22	572 746 248,39	171 663 422,17	42,80%
M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *	108 756	595 784 110,29	596 279 470,66	495 360,37	0,08%
M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego *	134 011	238 785 171,12	287 338 940,63	48 553 769,50	20,33%
M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	1 357	40 228 349,99	33 934 097,83	-6 294 252,16	-15,65%
M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*	166	3 113 590,80	3 514 779,72	401 188,92	12,89%
M26 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego	13 127	15 556 083,55	28 446 897,94	12 890 814,39	82,87%
Leczenie nowotworów układu rozrodczego	9 052	27 868 641,27	42 313 780,42	14 445 139,15	51,83%
M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni	747	6 443 887,26	11 818 646,14	5 374 758,88	83,41%

Kod i nazwa grupy	Liczba hospitalizacji w 2023 roku	Łączna wartość świadczeń przed zmianą [zł]*	Łączna wartość świadczeń po zmianach [zł]*	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
M29 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw	8 305	21 424 754,01	30 495 134,28	9 070 380,27	42,34%
Pozostałe	28 463	110 690 823,58	147 023 609,53	36 332 785,95	32,82%
M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	8 417	53 951 945,06	68 712 135,29	14 760 190,22	27,36%
M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodneho	3 055	4 409 802,77	8 294 087,34	3 884 284,58	88,08%
M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej	5 741	25 258 671,19	37 874 305,16	12 615 633,98	49,95%
M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego	10 782	26 827 312,24	31 161 968,14	4 334 655,89	16,16%
M31 Leczenie niepłodności żeńskiej	468	243 092,32	981 113,60	738 021,28	303,60%
Związane z zakończeniem ciąży	55 749	141 566 633,91	218 010 905,46	76 444 271,55	54,00%
M16 Zagrożające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*	55 245	140 203 226,07	215 479 938,42	75 276 712,35	53,69%
M17 Indukcja poronienia	504	1 363 407,84	2 530 967,04	1 167 559,20	85,64%
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	110 979	100 914 234,70	146 965 991,27	46 051 756,57	45,63%
ZX1 Świadczenia zabiegowe - grupa X1	32 699	25 753 466,94	38 316 449,34	12 562 982,40	48,78%
ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa X2	13 798	6 762 015,45	17 834 162,67	11 072 147,22	163,74%
ZX3 Świadczenia zabiegowe - grupa X3	14 597	11 248 413,17	19 960 168,25	8 711 755,08	77,45%
ZX4 Świadczenia zabiegowe - grupa X4	48 909	55 575 599,54	69 233 281,65	13 657 682,11	24,57%
ZX5 Świadczenia zabiegowe - grupa X5	976	1 574 739,60	1 621 929,35	47 189,75	3,00%
Razem	593 919	2 253 322 954,57	2 723 333 107,50	470 010 152,93	20,86%

* dla wartości 1 pkt = 1,82 zł w leczeniu szpitalnym oraz 1,75 zł w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, stanowiącym średnią cenę jednostki rozliczeniowej, dla analizowanych świadczeń, do 30 czerwca 2025 r.

Źródło: opracowanie własne

4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Wzrost taryf w analizowanym obszarze powinien umożliwić pokrycie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez podmioty lecznicze realizujące przedmiotowe świadczenia. Bardziej adekwatna refundacja ze strony płatnika pozwoli to na pokrycie strat sygnalizowanych w analizowanym obszarze opieki zdrowotnej. Dodatkowo, dostosowanie wyceny taryfikowanych produktów rozliczeniowych 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 zmian porządkujących w charakterystykach JGP. W szczególności dotyczy to przeniesienia procedur między grupami, jak również ustalenia nowych limitów dni pobytu finansowanych w ramach grup oraz waloryzacji wartości punktowej osobodnia, w przypadku przekroczenia tych limitów. Oczekuje się, że powyższe działania wpłyną na lepsze dopasowanie mechanizmów finansowania do rzeczywistego przebiegu leczenia pacjentów.

W ramach przeprowadzonej analizy dokonano również aktualizacji wycen procedur, które mogą być realizowane zarówno w warunkach leczenia szpitalnego, jak i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Działanie to ma na celu zachowanie równowagi pomiędzy produktami rozliczeniowymi oraz wspieranie strategicznego kierunku, jakim jest przesuwanie ciężaru realizacji wybranych świadczeń z trybu szpitalnego do ambulatorium – zgodnie z koncepcją odwracania piramidy świadczeń. Zapewnienie właściwego poziomu finansowania w AOS umożliwi poprawę dostępności i efektywności systemu ochrony zdrowia oraz zwiększenie opłacalności realizacji procedur jednoimiennych poza trybem hospitalizacji.

Szacuje się, że w ujęciu globalnym proponowane zmiany przyczynią się do wzrostu przychodów w wszystkich typach podmiotów leczniczych zarówno w ramach leczenia szpitalnego, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W ramach leczenia szpitalnego największy wzrost przychodów, tj. o 22,5% będzie dotyczyć szpitali będących głównymi realizatorami przedmiotowych świadczeń – szpitale powiatowe, gminne, miejskie (45% ogółu świadczeń) oraz niepubliczne – o 19,9%. Natomiast w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej największego wzrostu przychodów, tj. o 48,9%, mogą oczekiwać podmioty niepubliczne, które realizują 61% ogółu tych świadczeń (Tabela 43).

Tabela 43 Wpływ propozycji zmian na budżet świadczeniodawców w podziale na kategorię szpitala

Kategoria szpitala	Liczba podmiotów	Liczba świadczeń w 2023 roku	Wartość świadczeń przed zmianą [zł]*	Wartość świadczeń po zmianach [zł]*	Różnica [zł]	Różnica [%]
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	1 307	110 979	100 914 235	146 965 991	46 051 757	45,6%
Powiatowy, gminny, miejski	174	23 007	21 921 065	31 076 683	9 155 618	41,8%
Wojewódzki	65	7 445	7 147 099	10 132 551	2 985 453	41,8%
Kliniczny	31	11 440	11 139 681	15 418 848	4 279 167	38,4%
Inny (MSWiA, wojskowy)	23	1 211	1 165 437	1 654 673	489 236	42,0%
Niepubliczny	1 014	67 876	59 540 953	88 683 236	29 142 283	48,9%

Kategoria szpitala	Liczba podmiotów	Liczba świadczeń w 2023 roku	Wartość świadczeń przed zmianą [zł]*	Wartość świadczeń po zmianach [zł]*	Różnica [zł]	Różnica [%]
Leczenie szpitalne	489	482 940	2 152 408 720	2 576 367 116	423 958 396	19,7%
Powiatowy, gminny, miejski	236	217 434	902 912 230	1 105 775 052	202 862 823	22,5%
Wojewódzki	80	110 173	521 989 092	617 092 959	95 103 866	18,2%
Kliniczny	42	75 016	387 074 273	446 659 810	59 585 537	15,4%
Inny (MSWiA, wojskowy)	17	9 423	47 781 129	55 933 980	8 152 851	17,1%
Niepubliczny	114	70 894	292 651 996	350 905 315	58 253 319	19,9%
Razem	1 484	593 919	2 253 322 955	2 723 333 107	470 010 153	20,9%

* dla wartości 1 pkt = 1,82 zł w leczeniu szpitalnym oraz 1,75 zł w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, stanowiącym średnią cenę jednostki rozliczeniowej, dla analizowanych świadczeń, do 30 czerwca 2025 r.

Źródło: opracowanie własne

Ponadto, wprowadzenie proponowanych zmian finansowania świadczeń przyczyni się do zwiększenia nakładów na leczenie pacjentek dotkniętych problemem gruczolistości śródmaciczej (endometriozy) o 48,5% w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz o 27,5% w ramach leczenia szpitalnego.

Szczególnie istotny wzrost nakładów dotyczy pacjentek z rozpoznaniem endometriozy – wyższy niż w przypadku innych rozpoznań (Tabela 44). W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanie dla tej grupy zwiększy się o 48,5%, natomiast w leczeniu szpitalnym o 27,5%. Zmiana ta znacząco poprawi możliwości diagnostyki i leczenia gruczolistości śródmaciczej.

Tabela 44 Wpływ propozycji zmian na budżet świadczeniodawców w części przypadającej na leczenie pacjentek dotkniętych problemem gruczolistości śródmaciczej (endometriozy)

Grupa świadczeń	Liczba świadczeń w 2023 roku	Wartość świadczeń przed zmianą [zł]*	Wartość świadczeń po zmianach [zł]*	Różnica [zł]	Różnica [%]
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	110 979	100 914 235	146 965 991	46 051 757	45,6%
Endometrioza	275	253 661	376 613	122 953	48,5%
Pozostałe rozpoznania	110 704	100 660 574	146 589 378	45 928 804	45,6%
Leczenie szpitalne	482 940	2 152 408 720	2 576 367 116	423 958 396	19,7%
Endometrioza	3 743	22 244 621	28 360 570	6 115 948	27,5%
Grupy zabiegowe	3 373	21 761 966	27 497 335	5 735 369	26,4%
Grupy zachowawcze	370	482 655	863 235	380 580	78,9%
Pozostałe rozpoznania	479 197	2 130 164 099	2 548 006 547	417 842 448	19,6%
Grupy zabiegowe	435 099	2 026 302 021	2 391 942 530	365 640 509	18,0%
Grupy zachowawcze	44 098	103 862 077	156 064 016	52 201 939	50,3%
Razem	593 919	2 253 322 955	2 723 333 107	470 010 153	20,9%

* dla wartości 1 pkt = 1,82 zł w leczeniu szpitalnym oraz 1,75 zł w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, stanowiącym średnią cenę jednostki rozliczeniowej, dla analizowanych świadczeń, do 30 czerwca 2025 r.

Źródło: opracowanie własne

5. Najważniejsze informacje i wnioski

Przedmiotem raportu są świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, obejmujące choroby żeńskiego układu rozrodczego, identyfikowane jednorodnymi grupami pacjentów z sekcji M:

- M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw,*
- M02 *Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego,*
- M03 *Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego,*
- M04 *Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego,*
- M05 *Zabiegi w nietrzymaniu moczu,*
- M06 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw,*
- M11 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw,*
- M12 *Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw,*
- M13 *Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego,*
- M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego,*
- M15 *Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego,*
- M16 *Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej,*
- M17 *Indukcja poronienia,*
- M18 *Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego,*
- M19 *Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodniego,*
- M20 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw,*
- M21 *Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw,*
- M26 *Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego,*
- M27 *Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej,*
- M28 *Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni,*
- M29 *Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw,*
- M30 *Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego,*
- M31 *Leczenie niepłodności żeńskiej.*

W 2016 roku, w ramach zadań zleconych przez Ministra Zdrowia, przedmiotem taryfikacji był produkt rozliczeniowy oznaczony grupą M05 *Zabiegi w nietrzymaniu moczu** oraz nowo wyodrębniony produkt rozliczeniowy: *Zabiegi w zaburzeniach statyki narządu rodniego z użyciem materiału syntetycznego*. W wyniku przeprowadzonej analizy wycena JGP M05 została obniżona o 14%. W 2023 roku, na podstawie wyceny opracowanej przez AOTMiT, został utworzony produkt rozliczeniowy oznaczony grupą M22R *Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego**.

Wybrane procedury medyczne należące do sekcji M JGP możliwe są do realizacji także w warunkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, tj.:

- 67.11 *Biopsja kanału szyjki macicy,*
- 67.12 *Wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa),*
- 67.31 *Marsupializacja torbieli szyjki macicy,*
- 70.13 *Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych,*
- 71.01 *Uwolnienie zrostów sromu,*
- 71.091 *Powiększenie wejścia do pochwy,*
- 71.23 *Marsupializacja torbieli gruczołu Bartholina,*

- 71.3 *Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza,*
- 67.39 *Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy – inne,*
- 70.24 *Biopsja pochwy,*
- 71.099 *Nacięcie sromu/krocza – inne,*
- 71.11 *Biopsja sromu,*
- 71.22 *Nacięcie torbieli gruczołu Bartholina,*
- 67.2 *Konizacja szyjki macicy,*
- 68.232 *Histeroskopowa ablacja endometrium,*
- 66.8 *Przedmuchiwanie i przepłukiwanie jajowodu,*
- 68.12 *Histeroskopia diagnostyczna,*
- 68.231 *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy,*
- 69.03 *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne,*
- 69.04 *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – lecznicze,*
- 69.59 *Inne aspiracyjne łyżeczkowanie macicy.*

W celu zapewnienia równowagi kosztowej pomiędzy świadczeniami realizowanymi w trybie stacjonarnym a ambulatoryjnym oraz w celu stworzenia mechanizmów zachęcających świadczeniodawców do szerszej realizacji procedur w ramach AOS, dokonano szczegółowej kalkulacji kosztów tych świadczeń.

W 2023 roku Oddziały Wojewódzkie NFZ zawarły umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na realizację grup z sekcji M z 489 świadczeniodawcami, którzy zrealizowali 482 933 świadczeń o wartości 1,8 mld zł, co stanowiło 2,21% łącznej wartości świadczeń rozliczanych w ramach systemu JGP.

W latach 2016–2020, mimo obserwowanego systematycznego spadku liczby realizowanych świadczeń z obszaru chorób żeńskiego układu rozrodczego, łączna wartość tych świadczeń rosła. W 2020 roku odnotowano najmniejszą liczbę świadczeń, co jest efektem ogólnego ograniczenia liczności świadczeń zdrowotnych wywołanego przez pandemię COVID-19. Na przestrzeni kolejnych lat odnotowano wzrost zarówno liczby udzielanych świadczeń, jak i ich łącznej wartości, który w 2023 roku osiągnął poziom 483 tys. świadczeń o wartości 1,8 mld zł.

Obserwowany, w ostatnich latach wzrost wartości świadczeń był w dużej mierze rezultatem podwyższenia ceny jednostki rozliczeniowej, co szczególnie widoczne było w przypadku świadczeń realizowanych w ramach ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ). W 2023 roku aż 89% świadczeń z zakresu chorób żeńskiego układu rozrodczego było finansowanych w ramach tego właśnie modelu. Od momentu wprowadzenia sieci szpitali w 2017 roku do końca 2021 roku cena punktu utrzymywała się na stałym poziomie. Dopiero od 2022 roku następował jej stopniowy wzrost, w szczególności w związku z wprowadzeniem regulacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. W rezultacie, w analizowanym okresie, cena jednostki rozliczeniowej ryczału PSZ wzrosła o 84% osiągając 1,84 zł za punkt.

Warto zaznaczyć, że zmiana ceny jednostki rozliczeniowej nie miała jednakowego wpływu na wszystkie grupy świadczeń. Największy wzrost wartości nominalnych nastąpił w grupach, które charakteryzowały się wyjściową wysoką wartością punktową — wzrost ceny jednostki skutkował u nich proporcjonalnie większym przyrostem wartości finansowania. Z kolei w grupach o najniższych wartościach punktowych wzrost wartości nominalnych był istotnie mniejszy. W przypadku zabiegów

kompleksowych największy wzrost wartości świadczenia przekroczył 10 tys. zł, podczas gdy dla małych zabiegów zmiana ta wyniosła zaledwie kilkaset złotych.

Produkty zgrupowane w sekcji M dotyczą szerokiego spektrum leczenia chorób żeńskiego układu rozrodczego. Najwięcej hospitalizacji zostało rozliczonych w grupach M15 *Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego**, M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego**, M16 *Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej**, M13 *Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego** i M02 *Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego** (łącznie liczba hospitalizacji rozliczonych tymi JGP stanowiła 78,7% wszystkich zrealizowanych pobytów w ramach sekcji M). Spośród poszczególnych JGP w 2023 roku największy udział w liczbie zrealizowanych hospitalizacji dotyczył grup o charakterze zabiegowym (91% wszystkich hospitalizacji).

Największy udział w wartości świadczeń z sekcji M w 2023 roku miała grupa M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego**, na którą wydatkowano 467 mln zł, co stanowiło 25,92% udziału w całości wydatków na świadczenia w sekcji M.

Wartość produktów towarzyszących doliczonych do hospitalizacji rozliczanych grupami z sekcji M w 2023 roku wyniosła 52,65 mln zł. Warto zaznaczyć, że 83,84% wartości świadczeń rozliczonych dodatkowo, stanowiły cztery grupy produktów obejmujące: leczenie krwią i produktami krwiopochodnymi – 16,16 mln zł (30,7%), leczenie pacjentów w OAiT – 10,42 mln zł (19,79%), badania genetyczne i patomorfologiczne – 9 mln zł (17,09%) oraz refundacja leków i wyrobów medycznych zgodnie z fakturą – 8,56 mln zł (16,26%). Istotny jest również fakt, że 63,68% wartości produktów towarzyszących, stanowiły produkty doliczone do grup związanych z leczeniem górnej części układu rozrodczego (33,52 mln zł).

Jeden lub więcej produktów towarzyszących zostało rozliczonych wraz z 89,9 tys. świadczeń podstawowych, co stanowi 18,62% hospitalizacji z powodu chorób żeńskiego układu rozrodczego w 2023 roku. Podkreślić należy, że produkty zostały doliczone do ponad połowy zrealizowanych zabiegów kompleksowych i bardzo dużych, w tym do grup:

- M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw ** – 56,50%,
- M11 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw ** – 62,13%,
- M20 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw** – 74,72%,
- M12 *Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw ** – 53,49%,
- M06 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw** – 53,66%.

Do powyższych świadczeń najczęściej doliczano produkty obejmujące badania genetyczne i patomorfologiczne, leczenie krwią i produktami krwiopochodnymi oraz plan leczenia onkologicznego.

W 2023 roku spośród 489 świadczeniodawców realizujących świadczenia z sekcji M, najczęściej występowało w województwie mazowieckim (67), śląskim (62) i wielkopolskim (46), a najmniej w województwie lubuskim (12), świętokrzyskim (16) i opolskim (16).

Leczenie chorób żeńskiego układu rozrodczego realizowane jest głównie w szpitalach: powiatowych, gminnych i miejskich. W 2023 roku udzielono w tej kategorii szpitala 45% świadczeń o łącznej wartości 744,3 mln zł. Stosunkowo dużo hospitalizacji (22,8%) było zrealizowanych również w szpitalach wojewódzkich. Istotny jest także duży udział w realizacji świadczeń szpitali klinicznych, w których zrealizowano 15,5% hospitalizacji oraz szpitali niepublicznych z realizacją 14,7% świadczeń. Szpitale niepubliczne miały największy procentowy udział w ogólnej liczbie hospitalizacji w grupach

M05 *Zabiegi w nietrzymaniu moczu* (18,9%) oraz M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego* (17,7%). W szpitalach klinicznych uwagę zwraca duża realizacja (42,4%) grupy M20 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw** oraz (34,4%) grupy M30 *Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego*. Najmniej świadczeń rozliczono w szpitalach przyporządkowanych do kategorii: „inny (MSWiA, wojskowy)”.

Analiza danych NFZ za 2023 rok, uwzględniająca stopień skomplikowania zabiegów, wykazała, że szpitale powiatowe, gminne, miejskie, wojewódzkie oraz niepubliczne są głównymi realizatorami zabiegów małych, podczas gdy szpitale kliniczne oraz podmioty z kategorii „Inny” (MSWiA, wojskowy) realizują głównie zabiegi średnie. Zabiegi kompleksowe miały najwyższą wartość w szpitalach klinicznych i wojewódzkich, stanowiąc główną część wartości udzielanych świadczeń, wynoszącą 25,7% w szpitalach klinicznych i 23,4% w wojewódzkich. Natomiast największy udział w wartości świadczeń udzielanych przez szpitale powiatowe, gminne, miejskie oraz niepubliczne miały zabiegi duże oraz średnie.

Dominującym zakresem, w którym realizowane są świadczenia z sekcji M, jest zakres położnictwa i ginekologii. W ramach powyższego zakresu, w 2023 roku zrealizowano 83,8% wszystkich hospitalizacji z sekcji M. W zakresach ginekologia oraz ginekologia onkologiczna zrealizowano łącznie 13,8% świadczeń. Jednakże hospitalizacje zrealizowane w ramach zakresu ginekologia onkologiczna stanowiły blisko połowę świadczeń w przypadku grup M20 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw** i M06 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw**. Uwagę zwraca również stosunkowo duża realizacja świadczeń w zakresie onkologia kliniczna – hospitalizacja w przypadku grup związanych z leczeniem zachowawczym nowotworów złośliwych (M28 i M29).

„Leczenie jednego dnia” było domeną podmiotów niepublicznych, które odpowiadały za 81,8% realizacji w tym zakresie. W ramach „leczenia jednego dnia” dominowały zabiegi polipa trzonu macicy. Świadczenia z pakietu onkologicznego były najczęściej realizowane w szpitalach wojewódzkich (42,6%). Podmioty te realizują również 42,8% świadczeń udzielanych poza pakietem onkologicznym. Z kolei świadczenia udzielane na zasadach ogólnych (standard) są realizowane głównie przez szpitale powiatowe, gminne i miejskie (46,9%).

W ramach leczenia jednego dnia realizowane są głównie średnie zabiegi. W pakiecie onkologicznym dominują kompleksowe zabiegi nowotworów złośliwych trzonu macicy i jajnika. Świadczenia poza pakietem onkologicznym są zdominowane przez leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych trzonu macicy i jajnika.

Leczenie chorób żeńskiego układu rozrodczego realizowane jest głównie przez szpitale I poziomu sieci PSZ. Stosunkowo dużo hospitalizacji (19%) było zrealizowanych w szpitalach II poziomu oraz w szpitalach ogólnopolskich (18,8%). Szpitale onkologiczne miały największy procentowy udział w ogólnej liczbie hospitalizacji w grupach M20 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw** (30,8%), M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw ** (22,1%) oraz M11 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw ** (20,6%). W szpitalach ogólnopolskich uwagę zwraca duża realizacja (44,8%) M20 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw** oraz (39,3%) M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw **. Warto również zauważyć wysoki udział szpitali pediatrycznych w realizacji grupy M31 *Leczenie niepłodności żeńskiej* (13,7%).

Ze względu na charakter świadczeń rozliczanych grupami z sekcji M, dotyczyły one głównie populacji kobiet po 18 roku życia, choć udział grup wiekowych w poszczególnych JGP jest zróżnicowany.

Pacjentki w wieku 41–60 lat stanowiły największą grupę hospitalizowanych z powodu chorób żeńskiego układu rozrodczego, a drugą stanowiły pacjentki w wieku 61–70. Odsetek pacjentek w wieku co najmniej 81 lat wyniósł 1,67%, a udział tej grupy wiekowej widoczny był zwłaszcza w przypadku kompleksowych zabiegów dolnej części układu rozrodczego (M01 i M06). Odsetek pacjentek niepełnoletnich to zaledwie 0,5% wszystkich hospitalizacji. W przypadku większości JGP były to pojedyncze przypadki, poza kilkoma grupami, np. M30 *Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego* (714 hospitalizacji), M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego ** (357 hospitalizacji), czy też M13 *Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego ** (353).

Mediana długości pobytu w poszczególnych grupach kształtowała się następująco: M01 – 8 dni, M02 – 3 dni, M03 – 1 dzień, M04 – 0 dni, M05 – 2 dni, M06 – 12 dni, M11 – 6 dni, M12 – 5 dni, M13 – 3 dni, M14 – 1 dzień, M15 – 0 dni, M16 – 1 dzień, M17 – 2 dni, M18 – 1 dzień, M19 – 1 dzień, M20 – 6 dni, M21 – 7 dni, M26 – 1 dzień, M27 – 4 dni, M28 – 7 dni, M29 – 1 dzień, M30 – 1 dzień, M31 – 0 dni.

Pacjentki hospitalizowane w ramach sekcji M najczęściej były przyjmowane w trybie planowym. Na podstawie skierowania, w 2023 roku przyjęto 73,5% wszystkich pacjentek. Natomiast w trybie nagłym przyjęto 24,1% pacjentek. Jednakże hospitalizacje w ramach przyjęć w trybie nagłym stanowiły ponad połowę świadczeń w przypadku grup M16 *Zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej**, M17 *Indukcja poronienia* oraz M27 *Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej*. Uwagę zwraca również stosunkowo duża realizacja świadczeń na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – hospitalizacja w przypadku grup związanych z kompleksowymi i bardzo dużymi zabiegami (M01, M06, M11, M12, M20, M21).

W ramach sekcji M, wypis pacjentek ze szpitala wiązał się przede wszystkim z zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego, co dotyczyło 63,5% hospitalizacji. Do dalszego leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej skierowano 34,6% pacjentek. Jednakże uwagę zwraca odmienna struktura trybu wypisu pacjentek w JGP M06 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw **, gdzie obserwuje się większy udział wypisów ze skierowaniem do dalszego leczenia w AOS niż związanych z zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego.

Najczęściej realizowaną procedurą w ramach kompleksowych zabiegów dolnej części układu rozrodczego (M01 i M06) było *Radykalne wycięcie sromu* (ICD-9: 71.5), którego udział wyniósł 97,89% w grupie M01 i 95,12% w grupie M06. W dużych zabiegach dolnej części dominowała *Plastyka przednia i tylna pochwy* (ICD-9: 70.50), w średnich zabiegach – *Chirurgiczna konizacja szyjki macicy* (ICD-9: 67.2), a w małych – *Wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa)* (ICD-9: 67.12).

W ramach kompleksowych zabiegów górnej części układu rozrodczego (M11 i M20) najczęściej realizowano *Zmodyfikowane radykalne wycięcie macicy* (ICD-9: 68.61). W bardzo dużych zabiegach górnej części układu rozrodczego (M12 i M21) największą realizację miała procedura *Poszerzone wycięcie macicy* (ICD-9: 68.42).

W grupie zabiegów w nietrzymaniu moczu (M05) najczęściej wykonywano *Operację wysiłkowego nietrzymania moczu przezpochwową z użyciem taśmy* (ICD-9: 59.795). Operacja ta została przeprowadzona u 60,02% hospitalizowanych.

Warto podkreślić, że wiele procedur udzielanych w warunkach szpitalnych to tzw. procedury jednoimienne, które – zgodnie z koszykiem świadczeń gwarantowanych – mogą być realizowane również w trybie ambulatoryjnym, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Oznacza to, że

ich wykonanie nie zawsze wymaga hospitalizacji, a wybór miejsca realizacji może zależeć od organizacji opieki w danym regionie lub podmiocie leczniczym.

Łączna liczba wykonanych procedur jednoimiennych w leczeniu szpitalnym wyniosła 162,9 tys., co stanowiło 33,72% łącznej liczby zrealizowanych procedur kierunkowych sprawozdanych przez świadczeniodawców. Szpitale powiatowe, gminne i miejskie były odpowiedzialne za zrealizowanie największej liczby procedur jednoimiennych, których liczba wyniosła 102 tys. Na drugim miejscu pod względem udzielonych świadczeń znalazły się podmioty niepubliczne, które udzieliły 93 tys. procedur jednoimiennych, co stanowiło 66,9% udziału w ogólnej liczbie procedur kierunkowych sprawozdanych przez te podmioty.

Najwyższa realizacja procedur jednoimiennych miała miejsce w hospitalizacjach rozliczonych grupą M15 *Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego ** (127 tys. świadczeń), w ramach których najczęściej sprawozdano wykonanie procedur: 69.03 *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne* (67,6 tys.), 68.231 *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy* (30,8 tys.) oraz 69.04 *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – lecznicze* (14,4 tys.).

Wśród lekarzy udzielających świadczeń w ramach kontraktowanych zakresów, w których rozliczane są produkty z sekcji M, największą liczbę stanowią specjaliści położnictwa i ginekologii. Znacznie mniej jest w Polsce specjalistów ginekologii onkologicznej oraz endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, którzy także biorą udział w realizacji przedmiotowych świadczeń. Stały wzrost na przestrzeni lat 2019–2023 widoczny był dla liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie ginekologii onkologicznej oraz endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości. Natomiast liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii wahała się w analizowanych latach.

Funkcjonujące w Polsce oddziały o profilu położniczo-ginekologicznym w dużej mierze zapewniają zabezpieczenie świadczeń związanych z porodem i porodem. Odrębną częścią ich działalności jest realizacja świadczeń związanych z leczeniem zachowawczym i zabiegowym chorób żeńskiego układu rozrodczego. JGP z sekcji M mogą być realizowane w oddziałach ginekologiczno-położniczych, jak i chirurgicznych, urologicznych, czy też endokrynologicznych. W latach 2017–2023 odnotowano spadek liczby oddziałów szpitalnych o profilu położniczo-ginekologicznym – z 401 w 2017 roku do 354 w 2023 roku. Natomiast odnotowano wzrost liczby oddziałów endokrynologicznych z 39 do 44 oraz oddziałów ginekologii onkologicznej z 25 do 31.

W 2023 roku w Polsce świadczenia z sekcji M były możliwe do wykonywania w ramach 354 oddziałów położniczo-ginekologicznych, 47 oddziałów ginekologicznych oraz 31 oddziałów ginekologii onkologicznej, a także w 44 oddziałach endokrynologicznych, 162 oddziałach urologicznych oraz 87 oddziałach chirurgii onkologicznej.

Na przestrzeni lat 2017–2023 nastąpił spadek liczby łóżek w analizowanych oddziałach. Niezależnie od analizowanego roku, najwięcej łóżek znajdowało się w oddziałach położniczo-ginekologicznych, a najmniej łóżek znajdowało się w oddziałach ginekologicznych. Łączna liczba łóżek na oddziałach ginekologiczno-położniczych, ginekologii onkologicznej i ginekologicznych w 2023 roku wyniosła 13 072.

Wykorzystanie łóżek w 2023 roku, w stosunku do 2017 roku, spadło w oddziałach położniczo-ginekologicznych oraz ginekologicznych, natomiast w pozostałych analizowanych oddziałach obłożenie wzrosło. W 2023 roku największe obłożenie łóżek występowało w oddziale

endokrynologicznym (80,2%) oraz w oddziale urologicznym (69%), a najmniejsze w oddziale ginekologicznym (51,4%).

W analizowanym okresie w przypadkach stabilnych najwięcej pacjentek oczekiwało na przyjęcie do oddziału położniczo-ginekologicznego – średnio 32 tys. osób. Do oddziału ginekologicznego oczekiwało na przyjęcie około 4,5 tys., a do oddziału ginekologii onkologicznej – 5 tys. Ponadto obserwuje się wzrost liczby oczekujących na przyjęcie do oddziału położniczo-ginekologicznego. W styczniu 2024 roku oczekiwało 30 tys. osób, natomiast w styczniu 2025 roku – 37 tys.

W przypadkach stabilnych pacjentki najdłużej oczekiwały na przyjęcie do oddziału ginekologicznego. W analizowanym okresie czas oczekiwania na udzielenie świadczeń skrócił się z 11 tygodni do 7 tygodni, przy czym średnio wyniósł 9 tygodni. Ponadto Kolejki do oddziału położniczo-ginekologicznego utrzymywały się na poziomie około 3,5 tygodnia, natomiast czas oczekiwania do oddziału ginekologii onkologicznej był dłuższy i wyniósł średnio 4,5 tygodnia.

W okresie od grudnia 2023 roku do stycznia 2025 roku, w przypadkach pilnych najwięcej pacjentek oczekiwało na przyjęcie do oddziału położniczo-ginekologicznego – średnio 1,7 tys. osób. Ponadto obserwuje się wzrost tej liczby w analizowanym okresie. W grudniu 2023 roku oczekiwało 1,6 tys. osób, natomiast w styczniu 2025 roku – 1,9 tys. osób. Liczba osób oczekujących na przyjęcie do oddziału ginekologii onkologicznej wzrosła z 101 osób w grudniu 2023 roku do 166 osób w styczniu 2025 roku. Podobnie wzrosła liczba pacjentek oczekujących na przyjęcie do oddziału ginekologicznego, z 137 osób w grudniu 2023 roku do 267 osób w styczniu 2025 roku.

W analizowanym okresie, w przypadkach pilnych, średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału ginekologicznego wyniósł niecałe 2 tygodnie. Natomiast czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału ginekologii onkologicznej wyniósł średnio 8 dni, a do oddziału położniczo-ginekologicznego – 6 dni.

W okresie grudzień 2023 roku – styczeń 2025 roku w przypadkach stabilnych najwięcej pacjentek oczekiwało na przyjęcie do poradni położniczo-ginekologicznej – średnio 176 tys. osób. Liczba osób oczekujących na przyjęcie do poradni ginekologicznej zmniejszyła się z 18 tys. w grudniu 2023 roku do 9 tys. w styczniu 2025 roku. Natomiast kolejka do poradni ginekologicznej dla dziewcząt utrzymywała się na poziomie około 3 tys. osób.

W przypadkach stabilnych średni czas oczekiwania do poradni ginekologicznej oraz poradni położniczo-ginekologicznej utrzymywał się na poziomie około 3 tygodni. Natomiast czas oczekiwania pacjentek do poradni ginekologicznej dla dziewcząt był znacznie dłuższy i wyniósł średnio 6 tygodni. Co więcej, czas ten wydłużył się w analizowanym okresie, z 5 tygodni w grudniu 2023 roku do 7 tygodni w styczniu 2025 roku.

W okresie od grudnia 2023 roku do stycznia 2025 roku, w przypadkach pilnych najwięcej pacjentek oczekiwało na przyjęcie do poradni położniczo-ginekologicznej – średnio 1,5 tys. osób. Liczba osób oczekujących na przyjęcie do poradni ginekologicznej zwiększyła się z 63 w grudniu 2023 roku do 125 w styczniu 2025 roku. Natomiast kolejka do poradni ginekologicznej dla dziewcząt utrzymywała się na poziomie około 114 osób.

W przypadkach pilnych średni czas oczekiwania na przyjęcie do poradni ginekologicznej oraz położniczo-ginekologicznej wyniósł 1–2 dni. Natomiast czas oczekiwania do poradni ginekologicznej dla dziewcząt był najdłuższy i wyniósł średnio 10 dni. Co więcej, czas ten wydłużył się w analizowanym okresie z 8 do 13 dni.

W przesłanych do Agencji uwagach dotyczących analizowanych świadczeń, środowisko zgłasza niedoszacowanie wszystkich grup z sekcji M, a w szczególności: M02 *Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego **, M03 *Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego **, M04 *Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego **, M05 *Zabiegi w nietrzymaniu moczu **, M13 *Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego **, M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego **, M26 *Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego*, M27 *Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej*, M30 *Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego* oraz M31 *Leczenie niepłodności żeńskiej*. Świadczeniodawcy postulują również o zróżnicowanie wyceny procedur wykonywanych drogą laparoskopową od wyceny procedur wykonywanych drogą brzuszną w zakresie ginekologii.

Dodatkowo w toku prac analitycznych pozyskano informacje o potrzebie modyfikacji zasad rozliczania świadczeń związanych z usuwaniem ognisk endometriozy z obszaru żeńskich narządów rodnych w celu poprawy ich finansowania.

Analiza danych

Analiza danych przekazanych przez świadczeniodawców przeprowadzona została zgodnie z metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej przyjętą przez AOTMiT. W uzasadnionych przypadkach odstąpiono od obowiązującej metodyki.

Z uwagi na wykorzystanie danych obejmujących lata 2018–2023, zostały one zaktualizowane do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30 czerwca 2025 roku, z zastosowaniem odpowiednich wskaźników cząstkowych.

Analizy przeprowadzono z uwzględnieniem:

- przeniesienia procedur z M02 *Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego ** do M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw ** (57.883 Operacja przetoki pęcherzowo-odbytniczej albo pęcherzowo-pochwowo-odbytniczej z dostępu nadłonowego lub kroczonego, 57.884 Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej albo moczowodowo-pochwowej z dostępu przez pochwę – operacja prosta, 57.885 Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej albo pęcherzowo-cewkowo-pochwowej z dostępu przez pochwę lub nadłonowego, 57.886 Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej z dostępu przezpęcherzowego pozaotrzewnowego, 57.887 Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej z dostępu przez laparotomię, 57.888 Operacja przetoki pęcherzowo-maciczej z usunięciem macicy, 57.889 Operacja przetoki pęcherzowo-maciczej bez usunięcia macicy, 70.72 Operacja przetoki pochwowo-okrężniczej, 70.73 Operacja przetoki pochwowo-odbytniczej, 70.74 Operacja innych przetok pochwowo-jelitowych, 70.75 Operacja innych przetok pochwowych),
- przeniesienia procedur z M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego ** do M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw ** (69.42 Zamknięcie przetoki macicy),
- przeniesienia procedur z M02 *Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego ** do M03 *Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego ** (70.71 Szybie rozdarcia pochwy),
- przeniesienia procedur z M04 *Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego ** do M03 *Średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego ** (70.141 Wycięcie przegrody pochwowej),
- przeniesienia procedur z M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego ** do M13 *Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego ** (65.25 Inne laparoskopowe wycięcie lub

zniszczenie zmiany jajnika, 69.221 Przyszczenie macicy do powłok brzusznych, 69.222 Operacja manchesterska (Fothergilla)).

- zmiany liczby dni pobytu finansowanych grupą:
 - z 50 dni na 21 dni w JGP M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw**,
 - z 14 dni na 7 dni w JGP M02 *Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego **,
 - z 50 dni na 43 dni w JGP M06 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw**,
 - z 5 dni na 9 dni w JGP M18 *Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego*,
 - z 14 dni na 9 dni w JGP M12 *Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw **,
 - z 13 dni na 8 dni w JGP M13 *Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego **,
 - z 8 dni na 5 dni w JGP M14 *Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego **,
 - z 14 dni na 15 dni w JGP M20 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw**,
 - z 14 dni na 20 dni w JGP M21 *Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw**,
 - z 5 dni na 6 dni w JGP M26 *Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego*,
 - z 16 dni na 22 dni w JGP M28 *Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni*,
 - z 16 dni na 9 dni w JGP M29 *Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw*,
 - z 11 dni na 6 dni w JGP M05 *Zabiegi w nietrzymaniu moczu**,
 - z 5 dni na 6 dni w JGP M19 *Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodnego*,
 - z 11 dni na 13 dni w JGP M27 *Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej*,
 - z 15 dni na 9 dni w JGP M30 *Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego*.

Ponadto rekomenduje się:

- dodanie do charakterystyki JGP M01 *Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw ** następujących rozpoznań:
 - N82.0 *Przetoka pęcherzowo-pochwowa*,
 - N82.1 *Inne przetoki pomiędzy układem moczowym a żeńskimi narządami płciowymi*,
 - N82.2 *Przetoka między pochwą a jelitem cienkim*,
 - N82.3 *Przetoka między pochwą a jelitem grubym*,
 - N82.4 *Inne przetoki między jelitami a żeńskimi narządami płciowymi*,
 - N82.5 *Przetoki między żeńskimi narządami płciowymi a skórą*,
 - N82.8 *Inne przetoki w żeńskim narządzie rodnym*,
 - N82.9 *Przetoka w żeńskim narządzie rodnym, nieokreślona*.
- dodanie rozpoznań do charakterystyki grupy M11 *Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw ** i M12 *Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw **:
 - N80.0 *Gruźlica macicy*,
 - N80.1 *Gruźlica śródmaciczna jajnika*,
 - N80.2 *Gruźlica śródmaciczna jajowodu*,
 - N80.3 *Gruźlica śródmaciczna otrzewnej miednicy mniejszej*,

- N80.4 *Gruczolistość śródmaciczna przegrody odbytniczo-pochwowej i pochwy,*
- N80.5 *Gruczolistość śródmaciczna jelita,*
- N80.6 *Gruczolistość śródmaciczna w bliźnie skórnej,*
- N80.8 *Inna gruczolistość śródmaciczna o innej lokalizacji.*

Podstawowe składowe kosztu świadczenia oszacowano w niżej wymieniony sposób:

- Koszt osobodnia dla każdego z produktów rozliczeniowych został wyznaczony jako średnia odcięta z uwzględnieniem kategorii szpitali oraz poszczególnych komórek organizacyjnych identyfikowanych właściwym kodem resortowym. Wartość ta została dodatkowo zważona poziomem realizacji poszczególnych JGP w komórkach organizacyjnych oraz w odniesieniu do kategorii szpitali.
- Koszt pobytu w poszczególnych grupach zachowawczych został obliczony jako iloczyn średniej długości pobytu pacjentów (pomniejszonej o długość pobytu w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii), rozliczonych daną JGP w 2023 roku, z uwzględnieniem kategorii szpitala oraz średniej wartości osobodnia zważonej poziomem realizacji JGP w poszczególnych komórkach organizacyjnych identyfikowanych właściwym kodem resortowym oraz kategoriach szpitali. Analizy oparto na danych odnoszących się do pacjentów, których długość pobytu mieściła się w nowej liczbie dni pobytu finansowanych grupą wyznaczoną przez AOTMiT.
- Koszt pobytu w poszczególnych grupach zabiegowych został obliczony jako iloczyn średniej długości pobytu pacjentów (pomniejszonej o długość pobytu w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii) oraz średniej wartości osobodnia zważonej poziomem realizacji JGP w poszczególnych komórkach organizacyjnych identyfikowanych właściwym kodem resortowym oraz kategorią szpitali. Analizy oparto na danych odnoszących się do pacjentów, których długość pobytu mieściła się w nowej liczbie dni pobytu finansowanych grupą wyznaczoną przez AOTMiT.
- Do oszacowania kosztów leków oraz wyrobów medycznych w grupach zachowawczych wykorzystano odrębne składowe kosztowe: jedną odnoszącą się do leków, a drugą do wyrobów medycznych. W obu przypadkach posłużono się uśrednionym – na poziomie JGP oraz kategorii szpitala – sumarycznym kosztem w przeliczeniu na dzień pobytu pacjenta, po odcięciu obserwacji skrajnych. Każda ze składowych została następnie przemnożona przez średnią długość pobytu pacjentów w danej JGP i kategoriach szpitali, a uzyskane wartości zważono poziomem realizacji danej JGP w poszczególnych kategoriach szpitali.
- Z kolei koszty procedur medycznych oszacowano na podstawie, uśrednionych na JGP i kategorię szpitala, sumarycznych kosztów procedur diagnostycznych z całej hospitalizacji, zważonych poziomem realizacji JGP w poszczególnych kategoriach szpitali.
- W grupach zabiegowych koszty leków, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych analizowano w przeliczeniu na pojedynczą hospitalizację. Mając na uwadze dostępne dane wskazujące na istotne niedoszacowanie świadczeń w obszarze leczenia chorób żeńskiego układu rozrodczego — a co za tym idzie, suboptymalne wykorzystanie nowoczesnych, często bardziej kosztownych wyrobów medycznych — podjęto decyzję o określeniu minimalnego, optymalnego poziomu zużycia leków i wyrobów medycznych. Wartości te zostały ustalone we współpracy z ekspertami klinicznymi. W przypadkach, w których rzeczywiste zużycie

zasobów na pacjenta było niższe niż poziom ustalony jako minimalny, do kalkulacji przyjmowano wartość wynikającą z wyznaczonego poziomu optymalnego.

- Koszt infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii i ginekologicznego gabinetu zabiegowego zlokalizowanego w strukturze oddziału oszacowano na podstawie rzeczywistej liczby godzin pracy komórki organizacyjnej zaraportowanej przez świadczeniodawców.
- Stawki godzinowe personelu uczestniczącego w realizacji procedur zabiegowych przyjętych do wyliczenia taryfikowanych świadczeń oszacowane zostały na podstawie danych o wynagrodzeniach pozyskanych w ramach postępowania nr 80 *Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych za wrzesień 2024 r.*
- Dodatkowo w przypadku grup zachowawczych, ze względu na brak realizacji procedur zabiegowych podczas wszystkich hospitalizacji, koszt procedury zabiegowej został ujęty w koszcie JGP po jego skorygowaniu o częstość występowania tych procedur w analizowanej próbie pacjentów.

Całkowity koszt świadczeń zachowawczych stanowi sumę średnich kosztów pobytu, leków, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych i zabiegowych. W przypadku świadczeń zabiegowych całkowity koszt stanowi sumę średnich kosztów pobytu oraz średniej wartości (po odcięciu wartości skrajnych) kosztów zmiennych — obejmujących koszty leków, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych i zabiegowych. Ostateczny wynik analizy kosztów uwzględnia szacowaną częstość realizacji procedur kierunkowych w populacji świadczeń udzielonych w 2023 roku, z uwzględnieniem proponowanych zmian w charakterystyce grup JGP.

Całkowity koszt świadczeń realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oszacowano jako sumę kosztów leków i wyrobów medycznych, wynagrodzeń personelu oraz kosztów infrastruktury gabinetu zabiegowego. Z kolei wynik analizy kosztów dla proponowanych nowych produktów rozliczeniowych został obliczony jako średnia ważona, uwzględniająca częstość realizacji poszczególnych procedur w 2023 roku.

Projekt taryfy

Projekty taryf JGP Sekcji M opierają się na wynikach analiz kosztów uwzględniających przeniesienie procedur pomiędzy grupami oraz zmiany liczby dni pobytu finansowanych grupą. Jednocześnie proponuje się zmianę wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą.

W przypadku 19 JGP projekt taryfy przewyższa aktualną wycenę, a różnica wynosi od 15,11% do 303,60%. Natomiast dla 3 JGP obowiązująca taryfa jest niższa aniżeli wynik analizy kosztów, przy czym różnica wynosi od -9,88% do -21,32%. W odniesieniu do jednej JGP, dla której wynik analizy kosztów jest nieznacznie niższy od obecnie obowiązującej taryfy, rekomenduje się utrzymanie dotychczasowego poziomu refundacji.

Ponadto proponuje się likwidację produktu 5.52.01.0001503 *Zabiegi w zaburzeniu statyki narządu rodowego z użyciem materiału syntetycznego*, finansowanego w ramach Katalogu produktów odrębnych, ze względu na:

- jego niską realizację,
- równoległe finansowanie tych zabiegów w ramach JGP M05 *Zabiegi w nietrzymaniu moczu**, której projekt taryfy uwzględnia koszt wszczepialnych materiałów syntetycznych,

- wyższy projekt taryfy JGP M05 w porównaniu do obecnej wartości punktowej produktu 5.52.01.0001503.

Projekty taryf dla jednoimiennych procedur zabiegowych realizowanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej obejmują utworzenie nowych produktów rozliczeniowych. Dodatkowo proponuje się wprowadzenie zmiany w przepisach koszykowych, polegającej na umożliwieniu rozliczania kosztów krótkotrwałego znieczulenia ogólnego dla wybranych procedur. Zmiana ta dotyczyłaby w szczególności świadczeń wykonywanych wewnątrzmacicznie, w których zastosowanie znieczulenia miejscowego jest często niewystarczające lub niemożliwe ze względów klinicznych.

Wpływ na system opieki zdrowotnej

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona z wykorzystaniem danych Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie produktów jednostkowych zrealizowanych w 2023 roku z uwzględnieniem:

- wszystkich świadczeń, które zostały sprawozdane do NFZ w omawianym okresie, w tym świadczeń, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ,
- nowych (docelowych) grup JGP wynikających z proponowanych zmian charakterystyki świadczeń,
- aktualnie obowiązujących warunków rozliczania świadczeń ze względu na długość hospitalizacji (hospitalizacje 0-, 1-, 2- dniowe oraz dłuższe),
- limitów dni finansowania grupą, a także wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą i ich zmian,
- oczekiwanych cen punktu w poszczególnych zakresach świadczeń od lipca 2024 r.

Ograniczeniem przeprowadzonej analizy jest fakt, iż opiera się ona na danych historycznych dotyczących struktury realizowanych świadczeń oraz długości hospitalizacji.

Wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w wysokości 470 mln zł, co odpowiada 20,9% zwiększeniu ponoszonych kosztów w obszarze analizowanych świadczeń w stosunku do stanu obecnego, szacowanego na podstawie aktualnej ceny jednostki rozliczeniowej oraz realizacji świadczeń w roku 2023.

6. Bibliografia

- Bręborowicz, G. H. (2016). *Położnictwo i ginekologia*. Warszawa: PZWL.
- Ciepiela K., M. T. (2019). *Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2019*. Warszawa: Stowarzyszenie UroConti we współpracy z World Federation of Incontinent Patients (WFIP).
- Dębski R., K. J.-P. (2012, 83). Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie zastosowania selektywnych modulatorów receptora progesteronowego (SPRM) w leczeniu mięśniaków macicy. *Ginekologia Polska*, strony 555 - 557.
- European Cancer Information System. (2025, luty 25). Pobrano z lokalizacji <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?S0-0>
- Global Burden of Disease Study. (2025, luty 25). Pobrano z lokalizacji <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- Janik, J. (2023, lipiec 10). *Rynek Zdrowia*. Pobrano z lokalizacji <https://dl.ptwp.pl/QBLAMpOL8o/rz-02-2023.pdf>
- Krajowy Rejestr Nowotworów. (2022). *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2020 roku*. Warszawa: Krajowy Rejestr Nowotworów.
- NHS. (2022). *2022/23 National Tariff Payment System. Annex D: Method used to calculate prices*.
- Woźniak S., P. B. (2017). Farmakoterapia mięśniaków macicy. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, strony 43 - 47.

7. Spis tabel i rysunków

Spis tabel

Tabela 1 Charakterystyka nowotworów żeńskiego układu rozrodczego	7
Tabela 2 Zakresy świadczeń sekcji M	26
Tabela 3 Katalog świadczeń szpitalnych – sekcja M.....	29
Tabela 4 Katalog wybranych JGP objętych współczynnikiem korygującym	33
Tabela 5 Katalog produktów odrębnych - zabiegi w zaburzeniu statyki narządu rodne go	34
Tabela 6 Współczynniki korygujące dla nowotworów żeńskiego układu rodne go	34
Tabela 7 Procedury możliwe do realizacji w warunkach ambulatoryjnych	35
Tabela 8 Liczba zrealizowanych hospitalizacji dla poszczególnych JGP z sekcji M w 2023 r.	40
Tabela 9 Wartość zrealizowanych świadczeń w poszczególnych JGP z sekcji M w 2023 roku.....	41
Tabela 10 Podział sekcji M na grupy świadczeń.....	41
Tabela 11 Wartość produktów towarzyszących rozliczonych wraz ze świadczeniem podstawowym z sekcji M w 2023 r. [zł]	42
Tabela 12 Odsetek świadczeń z sekcji M, wraz z którymi rozliczono produkty towarzyszące w 2023 r.	44
Tabela 13 Realizacja procedur kierunkowych w JGP z sekcji M w 2023 roku	54
Tabela 14 Liczba procedur jednoimiennych zrealizowanych w warunkach ambulatoryjnych i lecznictwie szpitalnym w 2023 r.	59
Tabela 15 Liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do oddziału położniczo-ginekologicznego, ginekologicznego oraz ginekologii onkologicznej w poszczególnych województwach za okres styczeń 2025 r.	69
Tabela 16 Liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do poradni położniczo-ginekologicznej, ginekologicznej oraz ginekologicznej dla dziewcząt w poszczególnych województwach za okres styczeń 2025 r.	73
Tabela 17 Podsumowanie finansowania leczenia schorzeń żeńskiego układu rozrodczego w 2025 roku w poszczególnych krajach.....	74
Tabela 18 Wycena grup zabiegowych związanych z leczeniem chorób żeńskiego układu rozrodczego w Niemczech, w 2025 r.	79
Tabela 19 Wielkość pozyskanej próby danych w ramach postępowań nr 52, WB2018, WB2019, WB2020, WB2021 – dane medyczno-kosztowe	89
Tabela 20 Liczba ośrodków powstawania kosztów pozyskanych od świadczeniodawców	92
Tabela 21 Wskaźniki cząstkowe uaktualniające dane do poziomu kosztów świadczeń realizowanych do 30.06.2025 roku	94
Tabela 22 Prognozowany wolumen realizacji produktów po uwzględnieniu propozycji zmian w charakterystykach JGP	96
Tabela 23 Propozycje zmian w katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych.....	97
Tabela 24 Limit dni finansowanych grupą przed i po zmianie	99
Tabela 25 Wysokość kosztu osobodnia w poszczególnych JGP, po aktualizacji do 30.06.2025 roku	105
Tabela 26 Propozycja zmian wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą, po aktualizacji do 30.06.2025 roku	106
Tabela 27 Średni koszt pobytu w poszczególnych grupach zachowawczych po aktualizacji do 30.06.2025 roku	106
Tabela 28 Średni koszt pobytu w poszczególnych grupach zabiegowych po aktualizacji do 30.06.2025 roku....	107
Tabela 29 Średnie koszty leków, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych w analizowanych grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).....	109
Tabela 30 Średnie koszty leków, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych w analizowanych grupach zabiegowych, po odcięciach wartości skrajnych (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.)	111

Tabela 31 Średnie koszty leków i wyrobów medycznych w analizowanych procedurach, realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, po odcięciach wartości skrajnych (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).....	112
Tabela 32 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego i działu anestezjologii (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).....	113
Tabela 33 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury gabinetu zabiegowego (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).....	114
Tabela 34 Średnie stawki godzinowe brutto-brutto głównych kategorii personelu realizującego procedurę zabiegową (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).....	115
Tabela 35 Średni czas zajęcia infrastruktury do zabiegu.....	115
Tabela 36 Wyniki analizy kosztów grup zachowawczych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2025 r.)	116
Tabela 37 Wyniki analizy kosztów grup zabiegowych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2025 r.)	117
Tabela 38 Wyniki analizy kosztów grup w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dane uaktualnione do 30 czerwca 2025 r.)	119
Tabela 39 Projekt taryfy – leczenie szpitalne	122
Tabela 40 Projekt liczby dni pobytu finansowanych grupą oraz wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą.....	123
Tabela 41 Projekt taryfy dla świadczeń zabiegowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej	125
Tabela 42 Analiza wpływu na budżet płatnika	128
Tabela 43 Wpływ propozycji zmian na budżet świadczeniodawców w podziale na kategorię szpitala	130
Tabela 44 Wpływ propozycji zmian na budżet świadczeniodawców w części przypadającej na leczenie pacjentek dotkniętych problemem gruczolistości śródmaciczej (endometriozy)	131

Spis rysunków

Rysunek 1. Zachorowalność w krajach UE na raka szyjki macicy w 2022 roku.	8
Rysunek 2. Umieralność w krajach UE na raka szyjki macicy w 2022 roku.	9
Rysunek 3. Rak szyjki macicy – współczynnik zgonów dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021.	10
Rysunek 4. Rak szyjki macicy – współczynnik DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021.	10
Rysunek 5. Zachorowalność w krajach UE na raka jajnika w 2022 roku.	11
Rysunek 6. Umieralność w krajach UE na raka jajnika w 2022 roku.	12
Rysunek 7. Rak jajnika – współczynnik zgonów dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021.	13
Rysunek 8. Rak jajnika – współczynnik DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021.	13
Rysunek 9. Zachorowalność w krajach UE na raka trzonu macicy w 2022 roku.	14
Rysunek 10. Umieralność w krajach UE na raka trzonu macicy w 2022 roku.	15
Rysunek 11. Rak trzonu macicy – współczynnik zgonów dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021. ...	16
Rysunek 12. Rak trzonu macicy – współczynnik DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021.	16
Rysunek 13. Zachorowalność w krajach UE na raka sromu w 2022 roku.	17
Rysunek 14. Umieralność w krajach UE na raka sromu w 2022 roku.	18
Rysunek 15. Mięśniaki macicy – współczynnik DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021.	19
Rysunek 16. Endometrioza – współczynnik DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021.	20
Rysunek 17. Niepłodność kobieca – współczynnik DALY dla Polski na 100 tys. ludności w latach 2010–2021. ...	22
Rysunek 18. Liczba dni absencji chorobowej z powodu chorób żeńskiego układu rozrodczego w latach 2018–2024.	23
Rysunek 19. Liczba zwolnień lekarskich z powodu chorób żeńskiego układu rozrodczego w latach 2018–2024.	24
Rysunek 20. Liczba i wartość zrealizowanych świadczeń z sekcji M w latach 2016–2023.	38
Rysunek 21. Cena jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ	39
Rysunek 22. Zmiana refundacji NFZ w wyniku zmiany ceny jednostki rozliczeniowej dla wybranych grup zabiegów	39
Rysunek 23. Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia z sekcji M w 2023 r.	46

Rysunek 24. Struktura hospitalizacji z sekcji M w podziale na kategorie szpitala.....	47
Rysunek 25. Realizacja produktów rozliczeniowych uwzględniająca skomplikowanie zabiegu oraz kategorię szpitala w 2023 roku.	48
Rysunek 26. Struktura hospitalizacji z sekcji M w podziale na uproszczone zakresy w 2023 r.	49
Rysunek 27. Struktura hospitalizacji według zakresu świadczeń w 2023 roku.	50
Rysunek 28. Struktura hospitalizacji z sekcji M w podziale na poziom sieci szpitali.	51
Rysunek 29. Struktura wiekowa populacji pacjentów z sekcji M w 2023 r.	52
Rysunek 30. Zróżnicowanie wieku pacjentów w podziale na JGP z sekcji M w 2023 r.	52
Rysunek 31. Struktura hospitalizacji z sekcji M według trybu przyjęcia pacjentek w 2023 r.	53
Rysunek 32. Struktura hospitalizacji z sekcji M według trybu wypisu pacjentek w 2023 r.	54
Rysunek 33. JGP zrealizowane w zakresach świadczeń związanych z ginekologią i położnictwem.	57
Rysunek 34. Realizacja procedur jednoimiennych w warunkach ambulatoryjnych oraz leczeniu szpitalnym w 2023 r.	58
Rysunek 35. Realizacja procedur jednoimiennych w warunkach ambulatoryjnych oraz leczeniu szpitalnym w poszczególnych kategoriach szpitala w 2023 r.	59
Rysunek 36. Realizacja umów na realizację świadczeń zabiegowych w wybranych zakresach świadczeń AOS ...	61
Rysunek 37. Realizacja procedur jednoimiennych ze względu na preferowany typ znieczulenia	62
Rysunek 38. Liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód w latach 2019–2023.	63
Rysunek 39. Liczba oddziałów o poszczególnych profilach w latach 2017–2023.	64
Rysunek 40. Liczba łóżek w poszczególnych oddziałach w latach 2017–2023.	65
Rysunek 41. Obłożenie łóżek w poszczególnych oddziałach w latach 2017–2023.	65
Rysunek 42. Liczba osób oczekujących do oddziału – przypadki stabilne.	66
Rysunek 43. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału [w dniach] – przypadki stabilne.	67
Rysunek 44. Liczba osób oczekujących do oddziału – przypadki pilne.	68
Rysunek 45. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału [w dniach] – przypadki pilne.	68
Rysunek 46. Liczba osób oczekujących do poradni – przypadki stabilne.	70
Rysunek 47. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do poradni [w dniach] – przypadki stabilne.	71
Rysunek 48. Liczba osób oczekujących do poradni – przypadki pilne.	71
Rysunek 49. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do poradni [w dniach] – przypadki pilne.	72
Rysunek 50. Wycena grup związanych z leczeniem chorób górnej części żeńskiego układu rozrodczego w Anglii, w 2025 r.	75
Rysunek 51. Wycena grup związanych z leczeniem chorób dolnej części żeńskiego układu rozrodczego w Anglii, w 2025 r.	76
Rysunek 52. Wycena grup związanych z leczeniem chorób górnej lub dolnej części żeńskiego układu rozrodczego w Anglii, w 2025 r.	76
Rysunek 53. Wycena grup dedykowanych chorobom nowotworowym żeńskiego układu rozrodczego w Anglii, w 2025 r.	77
Rysunek 54. Wycena grup związanych z zakończeniem ciąży w Anglii, w 2025 roku.	77
Rysunek 55. Wycena grup diagnostycznych dedykowanych chorobom żeńskiego układu rozrodczego w Anglii, w 2025 r.	78
Rysunek 56. Wycena grup związanych z leczeniem nietrzymania moczu w Anglii, w 2025 r.	78
Rysunek 57. Wycena grup zachowawczych związanych z leczeniem chorób żeńskiego układu rozrodczego w Niemczech, w 2025 r.	79
Rysunek 58. Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według kategorii szpitala.	91
Rysunek 59. Rozkład populacji pacjentów przed i po uwzględnieniu propozycji zmian w charakterystykach JGP – leczenie szpitalne.	96
Rysunek 60. Rozkład populacji pacjentów w obowiązujących i nowych produktach – ambulatoryjna opieka specjalistyczna.	98

Rysunek 61. Rozkład długości hospitalizacji w JGP M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw *, M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *, M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu*, M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw*.....	100
Rysunek 62. Rozkład długości hospitalizacji w JGP M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez pw *, M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego *, M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego *, M18 Leczenie zachowawcze dolnej części układu rozrodczego.	101
Rysunek 63. Rozkład długości hospitalizacji w JGP M19 Leczenie zachowawcze zaburzeń statyki narządu rodnego, M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*, M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw*, M26 Leczenie zachowawcze górnej części układu rozrodczego.	102
Rysunek 64. Rozkład długości hospitalizacji w JGP M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej, M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw > 4 dni, M29 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego bez pw, M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego.	103
Rysunek 65. Rozkład kosztu osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 95,87% realizacji świadczeń, po aktualizacji do 30.06.2025 r., w podziale na kategorię szpitala.	104
Rysunek 66. Koszt osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 95,87% realizacji świadczeń, po aktualizacji do 30.06.2025 r., w podziale na kategorię szpitala.	105
Rysunek 67. Rozrzut kosztów produktów leczniczych w przeliczeniu na dzień w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).....	108
Rysunek 68. Rozrzut kosztów wyrobów medycznych w przeliczeniu na dzień w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).....	108
Rysunek 69. Rozrzut kosztów procedur medycznych w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).....	109
Rysunek 70. Rozrzut kosztów produktów leczniczych i wyrobów medycznych w grupach zabiegowych (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).....	110
Rysunek 71. Rozrzut kosztów procedur medycznych w grupach zabiegowych (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).....	111
Rysunek 72. Rozrzut kosztów godzinowych stawek zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii i ginekologicznego gabinetu zabiegowego (dane uaktualnione do 30.06.2025 r.).....	113
Rysunek 73. Struktura kosztów całkowitych w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2025 r.).....	117
Rysunek 74. Struktura kosztów całkowitych w grupach zabiegowych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2025 r.).....	118

8. Załączniki

- Załącznik 1. Kody ICD-10 oraz ICD-9 charakteryzujące świadczenia objęte grupami M01–M31
- Załącznik 2. Warunki szczegółowe dotyczące realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dla grup M01–M31
- Załącznik 3. Charakterystyka grup M01–M06, M11–M21, M26–M31
- Załącznik 4. Produkty rozliczeniowe dedykowane dla świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – grupy M01–M31
- Załącznik 5. Statystyki z realizacji świadczeń
- Załącznik 6. Stan finansowania w innych krajach
- Załącznik 7. Cenniki komercyjne procedur
- Załącznik 8. Lista świadczeniodawców, których dane zostały wykorzystane do analiz, pozyskane z postępowań nr 52, WB2018, WB2019, WB2020, WB2021