



**Agencja Oceny Technologii
Medycznych i Taryfikacji
Wydział Taryfikacji**

RAPORT

WT.521.3.2022

Data ukończenia: 02.06.2026

RAPORT W SPRAWIE USTALENIA TARYFY ŚWIADCZEŃ

Świadczenia gwarantowane obejmujące **leczenie**
chorób układu oddechowego
JGP (D01-D55 oraz PZD01-PZD04)

Definicje pojęć i skrótów

Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
DRG	jednorodne grupy pacjentów (ang. <i>Diagnosis Related Groups</i>)
Dsz	dane szczegółowe
FK	dane finansowo-księgowe
ICD-9 PL	międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych – wersja polska (ang. <i>International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures</i>)
ICD-10 PL	międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych – wersja polska (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
JGP	jednorodne grupy pacjentów
Katalog 1a	Katalog JGP określony w załączniku 1a do zarządzenia Nr 46/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.04.2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne
Katalog 1ae	Katalog dedykowanych JGP dla świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin
Metodyka	proces gromadzenia oraz przetwarzania danych niezbędnych do realizacji zadań związanych z ustaleniem taryfy świadczeń, jak również rodzaj i zakres gromadzonych informacji, opisany w dokumencie sporządzonym przez Agencję
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ/Płatnik	Narodowy Fundusz Zdrowia
OPK	ośrodek powstawania kosztów
PSZ	Podstawowy Szpitalny System Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej
RKP	raport kadrowo-płacowy
SWD	Świadczeniodawca
SZP	Leczenie szpitalne
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 poz. 1461 z późn. zm.)
OAIiT	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia

Spis treści

1	NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE I WNIOSKI	1
2	PROBLEM DECYZYJNY.....	5
2.1	Charakterystyka świadczenia.....	8
2.2	Aktualny stan finansowania w Polsce	12
2.3	Analiza popytu i podaży	17
2.4	Stan finansowania w innych krajach	40
2.5	Uwagi do świadczenia	42
3	ZMIANY ORGANIZACYJNE I ROZLICZENIOWYCE	46
3.1	Odwrócona Piramida Świadczeń	46
3.2	Propozycje zmian w rozliczaniu i taryfikacji świadczeń	46
3.2.1	Katalog JGP dla świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin	47
3.2.2	Nowe grupy zabiegowe w AOS	48
3.2.3	Propozycja zmian w charakterystyce JGP	49
4	PROJEKT TARYFY	56
4.1	Pozyskanie danych	56
4.2	Analiza danych	62
4.2.1	Aktualizacja danych historycznych	62
4.2.2	Liczba dni pobytu finansowanych grupą	63
4.2.3	Osobodzień optymalny	65
4.2.4	Propozycja zmian wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą	69
4.2.5	Koszt pobytu	70
4.2.6	Koszt procedur medycznych, produktów leczniczych, wyrobów medycznych	72
4.2.7	Koszt infrastruktury	76
4.2.8	Stawki godzinowe personelu realizującego procedurę zabiegową.....	78
4.2.9	Czas zajęcia infrastruktury do zabiegu	78
4.2.10	Wyniki analizy kosztów	80
4.3	Projekt taryfy	88
5	ANALIZA WPŁYWU NA SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ	96
5.1	Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	96
5.2	Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej	101
6	BIBLIOGRAFIA	105

7	ZAŁĄCZNIKI	109
----------	-------------------------	------------

1 Najważniejsze informacje i wnioski

Raport dotyczy propozycji zmian w zakresie finansowania świadczeń gwarantowanych obejmujących leczenie chorób układu oddechowego. Celem projektowanych rozwiązań jest **uporządkowanie katalogu produktów rozliczeniowych, zwiększenie jednorodności klinicznej i kosztowej grup oraz bardziej adekwatne przypisanie pacjentów do właściwego poziomu opieki**. Projektowane zmiany obejmują zarówno **leczenie szpitalne, świadczenia możliwe do realizacji w czasie do 12 godzin**, jak i świadczenia zabiegowe z obszaru **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**.

W obecnym katalogu funkcjonują **34 grupy JGP**. Projektowany katalog obejmuje **44 grupy JGP**. Zwiększenie liczby grup wynika przede wszystkim z wyodrębnienia nowych grup diagnostycznych, reorganizacji grup związanych z leczeniem zapaleń płuc, doprecyzowania grup dotyczących niewydolności oddychania, tlenoterapii i zaburzeń oddychania w czasie snu, a także wprowadzenia dodatkowych grup pediatrycznych. Zmiany te mają umożliwić **bardziej precyzyjne rozliczanie świadczeń o różnym stopniu złożoności klinicznej, organizacyjnej i kosztowej**.

Projektowany kierunek zmian zakłada odejście od modelu, w którym znaczna część diagnostyki i leczenia chorób układu oddechowego jest realizowana w ramach hospitalizacji całodobowej, na rzecz **bardziej elastycznej struktury organizacyjnej**. Hospitalizacja całodobowa powinna być zarezerwowana przede wszystkim dla pacjentów wymagających intensywnego leczenia, monitorowania, postępowania w ostrej niewydolności oddechowej, leczenia powikłań lub dostępu do pełnego zaplecza szpitalnego. Jednocześnie świadczenia diagnostyczne, kwalifikacyjne oraz część procedur zabiegowych, które nie wymagają całodobowego pobytu, mogą być realizowane w **krótszych trybach organizacyjnych**, w tym w czasie do 12 godzin (zwana również trybem elastycznej organizacji) albo w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Na podstawie przeprowadzonej symulacji szacuje się, że łączna wartość finansowania świadczeń objętych analizą **wzrośnie z 3 434,6 mln zł do 3 787,1 mln zł**, tj. **o 352,5 mln zł**, co odpowiada **wzrostowi o 10,3%**. Zasadnicza część szacowanego skutku finansowego dotyczy leczenia szpitalnego, w przypadku którego wartość świadczeń wzrośnie **o 350,4 mln zł**. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wartość finansowania wzrośnie **o 2,2 mln zł**, przy czym mimo wysokiej dynamiki procentowej wpływ bezwzględny tej części katalogu na budżet świadczeń zdrowotnych pozostaje ograniczony w porównaniu z leczeniem szpitalnym.

Największy szacowany wzrost wartości finansowania dotyczy świadczeń związanych z **leczeniem zapaleń płuc, dychawicy oskrzelowej oraz POChP**. W tej kategorii wartość świadczeń wzrośnie **o 208,4 mln zł**, co oznacza **wzrost o 19,7%**. Najistotniejszy wpływ bezwzględny wynika z nowego produktu **DX1 Leczenie ostrych infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc**, dla którego szacuje się wzrost wartości finansowania **o 149,2 mln zł**, tj. **o 67,0%**. Znaczący wzrost dotyczy również produktu **D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego – diagnostyka i leczenie**, w przypadku którego wartość wzrośnie **o 52,6 mln zł**, tj. **o 54,6%**.

Jedną z kluczowych zmian merytorycznych jest **reorganizacja grup dotyczących zapaleń płuc**. Dotychczasowe grupy D18 Zapalenie płuc nietypowe oraz D48 Zapalenie płuc proponuje się usunąć i zastąpić nową strukturą obejmującą trzy grupy: leczenie ostrych infekcji dolnych dróg

oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc, leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym oraz leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością. Celem tej zmiany jest **zwiększenie spójności klinicznej i kosztowej grup** oraz **lepiej odzwierciedlenie ciężkości przebiegu choroby**.

Istotne zmiany dotyczą również **diagnostyki pulmonologicznej**. Dotychczasowa grupa D05 Bronchoskopia została zastąpiona dwiema grupami: **D05D Inwazyjno-obrazowa diagnostyka pulmonologiczna** oraz **D05E Kompleksowa diagnostyka pulmonologiczna**. Podział ten ma lepiej odzwierciedlać zróżnicowanie kliniczne, organizacyjne i kosztowe procedur diagnostycznych oraz oddzielać świadczenia o odmiennym stopniu złożoności.

W obszarze **niewydolności oddychania, tlenoterapii oraz zaburzeń oddychania w czasie snu** projektowany katalog doprecyzowuje zakres produktów rozliczeniowych. Dotychczasowa grupa D36 została zawężona do diagnostyki zaburzeń oddychania w czasie snu. Jednocześnie wyodrębniono grupy obejmujące diagnostykę i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu oraz kwalifikację do przewlekłej tlenoterapii. Analogiczne rozwiązania zaproponowano dla pacjentów poniżej 18. roku życia. Łącznie w obszarze niewydolności oddychania wartość finansowania wzrośnie o **19,2 mln zł**, co odpowiada **wzrostowi o 8,5%**.

W obszarze świadczeń zabiegowych zasadnicza struktura katalogu została utrzymana dla grup D01, D02, D03 oraz D06. Zmiany dotyczą przede wszystkim dotychczasowej grupy D07 Małe zabiegi klatki piersiowej, z której wyodrębniono nową grupę **D07A Zabiegi klatki piersiowej**. Analogiczne rozwiązanie zaproponowano dla pacjentów pediatrycznych przez wyodrębnienie grupy **PZD04A** z dotychczasowej grupy PZD04. Celem tej zmiany jest **ograniczenie niejednorodności kosztowej świadczeń** sprawozdawanych dotychczas w ramach jednej grupy. W całym obszarze świadczeń zabiegowych szacuje się umiarkowany wzrost wartości finansowania o **19,6 mln zł**, tj. o **2,0%**.

W pozostałych świadczeniach zachowawczych szacuje się wzrost wartości finansowania o **132,3 mln zł**, co odpowiada **wzrostowi o 15,6%**. Największe wzrosty dotyczą m.in. produktów **D16 Zator płucny**, **D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni**, **D26 Wysiękowe zapalenie opłucnej** oraz **D51 Odma opłucnowa**. W tej części katalogu proponowane zmiany mają przede wszystkim charakter porządkujący i doprecyzowujący, ale jednocześnie skutkują istotnym przesunięciem finansowania w kierunku świadczeń bardziej kosztochłonnych.

Odrębnego komentarza wymaga obszar **świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin** (tzw. elastyczna organizacja świadczeń). Produkty rozliczeniowe w tej formule zostały wydzielone z dotychczasowych produktów przy założeniu, że obejmują świadczenia możliwe do realizacji co do zasady w tym samym dniu, bez konieczności klasycznego pobytu szpitalnego. Z uwagi na odmienny, mniej kosztochłonny charakter tych świadczeń, również w dotychczasowym systemie realizacje odpowiadające tego rodzaju świadczeniom były co do zasady niżej wyceniane niż świadczenia wymagające hospitalizacji i dłuższego pobytu pacjenta. W konsekwencji wyodrębnienie świadczeń o niższej kosztochłonności i przypisanie ich do odrębnych produktów rozliczeniowych skutkuje **ujemnym wpływem na wartość finansowania tej części katalogu**. Wynik ten **nie powinien być interpretowany jako pogorszenie finansowania świadczeń**, lecz jako efekt uporządkowania sposobu ich rozliczania oraz

dostosowania finansowania do przewidywanego zakresu i organizacji realizacji. Z uwagi na brak możliwości jednoznacznego przełożenia danych historycznych na nowy produkt rozliczeniowy, analiza nie obejmuje grupy DEX1 Zaburzenia oddychania w przebiegu chorób nerwowo-mięśniowych i chorób restrykcyjnych klatki piersiowej.

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej projektowane zmiany mają wspierać **przesunięcie wybranych świadczeń poza leczenie szpitalne**, w szczególności procedur o niższym ryzyku klinicznym, możliwych do wykonania bez konieczności długotrwałej obserwacji i bez potrzeby zabezpieczenia typowego dla oddziału szpitalnego. Szacuje się, że wartość finansowania AOS wzrośnie o **2,2 mln zł**, tj. o **50,3%**. Z punktu widzenia organizacji systemu rozwój AOS może sprzyjać **skróceniu ścieżki diagnostycznej pacjenta, poprawie dostępności do wybranych procedur oraz ograniczeniu hospitalizacji wynikających głównie z uwarunkowań rozliczeniowych**.

Projektowane zmiany obejmują **szeroką grupę świadczeniodawców realizujących świadczenia pulmonologiczne**. Łącznie analizą objęto **640 podmiotów**, które zrealizowały **411,8 tys. produktów rozliczeniowych**. W leczeniu szpitalnym analizą objęto **586 podmiotów oraz 402,0 tys. produktów**, natomiast w AOS – **208 podmiotów oraz 9,8 tys. produktów**. Oznacza to, że proponowane rozwiązania nie dotyczą wyłącznie wąskiej grupy wyspecjalizowanych realizatorów, lecz oddziałują na różne poziomy zabezpieczenia świadczeń, w tym podmioty powiatowe, wojewódzkie, kliniczne, niepubliczne oraz podmioty resortowe.

Największe znaczenie organizacyjne projektowane zmiany będą miały dla leczenia szpitalnego. W strukturze leczenia szpitalnego największą liczbę realizatorów stanowią **podmioty powiatowe, gminne i miejskie – 278 świadczeniodawców**, którzy zrealizowali **120,0 tys. produktów**. Dla tej grupy szacuje się wzrost wartości finansowania o **157,3 mln zł**, co odpowiada **wzrostowi o 16,7%**. Może to mieć istotne znaczenie z punktu widzenia zabezpieczenia dostępności do świadczeń pulmonologicznych na poziomie lokalnym. W przypadku podmiotów wojewódzkich, które w leczeniu szpitalnym zrealizowały największą liczbę produktów, tj. **170,1 tys.**, szacuje się wzrost wartości finansowania o **123,8 mln zł**. W podmiotach klinicznych szacowany wzrost jest relatywnie niższy i wynosi **27,5 mln zł**, tj. **4,1%**.

Z punktu widzenia płatnika proponowane zmiany powinny zwiększyć **przejrzystość rozliczeń** oraz ograniczyć finansowanie świadczeń nieadekwatnie przypisanych do hospitalizacji całodobowej. Lepsze powiązanie taryfy z rzeczywistym zakresem świadczenia może ograniczyć sytuacje, w których przypadki proste i złożone są finansowane na zbliżonym poziomie. W dłuższej perspektywie może to sprzyjać **bardziej racjonalnemu wykorzystaniu środków publicznych**, pod warunkiem monitorowania efektów wdrożenia i weryfikacji taryf na podstawie rzeczywistych danych sprawozdawczych.

Przedstawione wartości mają **charakter symulacyjny**. Analiza obejmuje nowe produkty rozliczeniowe lub produkty o zmienionej charakterystyce, dla których nie zawsze możliwe było jednoznaczne przełożenie danych historycznych na projektowany sposób rozliczania. Wymagało to zastosowania założeń i przybliżeń analitycznych, w szczególności przy przepisywaniu świadczeń realizowanych dotychczas w ramach obowiązujących grup do nowych produktów rozliczeniowych. Rzeczywisty wpływ projektowanych zmian na organizację systemu oraz budżet świadczeń zdrowotnych będzie zależał od **praktyki kwalifikacji pacjentów, struktury realizacji świadczeń po wdrożeniu zmian, gotowości organizacyjnej świadczeniodawców**.

Głównym skutkiem proponowanych zmian powinno być **uporządkowanie katalogu produktów, lepsze zróżnicowanie finansowania w zależności od charakteru i kosztochłonności świadczeń** oraz **stworzenie warunków do bardziej elastycznej organizacji udzielania świadczeń**, w tym przez rozwój świadczeń realizowanych w czasie do 12 godzin i wybranych świadczeń AOS.

Rekomendacje i warunki wdrożenia

Projektowane zmiany mają charakter systemowy i obejmują zarówno modyfikację struktury produktów rozliczeniowych, jak i zmianę sposobu przypisywania świadczeń do właściwego trybu realizacji. Z uwagi na znaczącą przebudowę charakterystyk grup JGP, w szczególności w zakresie grup zachowawczych oraz produktów realizowanych w czasie do 12 godzin, **rekomenduje się monitorowanie skutków wdrożenia nowych rozwiązań po ich wejściu w życie.**

Po roku od wdrożenia taryf **zasadne będzie przeprowadzenie weryfikacji** ich funkcjonowania, obejmującej w szczególności analizę struktury sprawozdawanych świadczeń, sposobu kwalifikacji pacjentów do nowych grup, wykorzystania produktów realizowanych w czasie do 12 godzin oraz wpływu zmian na dostępność świadczeń i organizację pracy świadczeniodawców. Pozwoli to na identyfikację ewentualnych nieprawidłowości, przesunąć sprawozdawczych lub innych niezamierzonych skutków wdrożenia.

Jednocześnie, wraz z wprowadzeniem nowych taryf, rekomenduje się **usunięcie pomostowych współczynników korygujących w wysokości 1,2, które zostały wprowadzone do czasu zakończenia procesu taryfikacji** dla wybranych świadczeń z zakresu leczenia chorób układu oddechowego. Usunięcie tych współczynników jest uzasadnione zakończeniem procesu taryfikacji w analizowanym obszarze oraz ustaleniem nowych taryf, które zastępują dotychczasowy mechanizm pomostowego korygowania wyceny.

Pozostawia się do decyzji Płatnika ewentualne dostosowanie nazw poszczególnych grup JGP, list dodatkowych oraz innych elementów charakterystyki produktów rozliczeniowych, w zakresie niezbędnym do wdrożenia zmian w sposób spójny z obowiązującym systemem rozliczeniowym oraz uwarunkowaniami technicznymi pozostającymi po stronie NFZ.

2 Problem decyzyjny

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

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi: Plan Taryfikacji na rok 2022, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia 25 czerwca 2021 r. w punkcie: I. lp. 1. w sprawie ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu Choroby układu oddechowego.

Przedmiotem raportu są świadczenia gwarantowane dotyczące chorób układu oddechowego, realizowane w ramach:

- **leczenia szpitalnego,**
- **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.**

W obszarze świadczeń gwarantowanych z zakresu **leczenia szpitalnego** taryfikacją zostały objęte świadczenia identyfikowane procedurami medycznymi (kod ICD-9 PL) i rozpoznaniem (kod ICD-10) zamieszczonymi w **załączniku nr 1** do raportu. Świadczenia te odpowiadają produktom rozliczeniowym Narodowego Funduszu Zdrowia funkcjonującym w rodzaju: leczenie szpitalne określone w załączniku 1a do zarządzenia Nr 46/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.04.2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne:

- D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004001),
- D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004002),
- D03 Duże zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004003),
- D05 Bronchoskopia (5.51.01.0004005),
- D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004006),
- D07 Małe zabiegi klatki piersiowej (5.51.01.0004007),
- D10E Dychawica oskrzelowa > 65 r.ż. (5.51.01.0004059),
- D10F Dychawica oskrzelowa < 66 r.ż. (5.51.01.0004060),
- D16 Zator płucny (5.51.01.0004016),
- D17 Ropień płuc, ropowica (5.51.01.0004017),
- D18 Zapalenie płuc nietypowe (5.51.01.0004018),
- D19 Rozstrzenie oskrzeli (5.51.01.0004019),
- D20 Gruźlica (5.51.01.0004020),
- D21 Zwtóknienie torbielowate (5.51.01.0004021),
- D26 Wysięgowe zapalenie opłucnej (5.51.01.0004026),
- D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej (5.51.01.0004028),
- D36 Zaburzenia oddychania w czasie snu (5.51.01.0004036),
- D37E Inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż. (5.51.01.0004061),
- D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż. (5.51.01.0004062),
- D38 Obrzęk płuc (5.51.01.0004038),
- D45 Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż. (5.51.01.0004045),
- D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego (5.51.01.0004046),
- D48 Zapalenie płuc bez pw (5.51.01.0004048),

- D49 Uszkodzenia inhalacyjne płuc (5.51.01.0004049),
- D50 Zwłóknienie i pylica płuc (5.51.01.0004050),
- D51 Odma opłucnowa (5.51.01.0004051),
- D52 Niewydolność oddechowa (5.51.01.0004052),
- D53 Nadciśnienie płucne > 17 r.ż. (5.51.01.0004053),
- D54 Zapalenie opłucnej (5.51.01.0004054),
- D55 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji (5.51.01.0004055),
- PZD01 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż. (5.51.01.0018027),
- PZD02 Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż. (5.51.01.0018028),
- PZD03 Bronchoskopia < 18 r.ż. (5.51.01.0018029),
- PZD04 Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż. (5.51.01.0018030)

zwane dalej: świadczeniami gwarantowanymi dotyczącymi leczenia chorób układu oddechowego, finansowanymi w ramach JGP D01-D55 i PZD01-PZD04.

W toku prac analityczno-taryfikacyjnych dotyczących sekcji D grupa JGP D21 Zwłóknienie torbielowate (5.51.01.0004021) została wyłączona z dalszej analizy na podstawie decyzji Ministra Zdrowia, w związku z prowadzonymi równolegle, zaawansowanymi pracami nad zmianami w zakresie świadczeń gwarantowanych dotyczących leczenia mukowiscydozy.

W obszarze świadczeń gwarantowanych z **zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**, taryfikacją objęto specjalistyczne świadczenia zabiegowe identyfikowane produktami rozliczeniowymi NFZ w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, określonymi w załączniku 5a do zarządzenia nr 132/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31.12.2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późn. zm.:

- 32.09 Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki oskrzela (5.31.00.0000107)
- 33.21 Bronchoskopia przez przetokę (5.31.00.0000057)
- 33.22 Bronchoskopia fiberoskopowa (5.31.00.0000057)
- 33.231 Bronchoskopia autofluorescencyjna (5.31.00.0000057)
- 33.239 Bronchoskopia – inna (5.31.00.0000057)
- 33.24 Endoskopowa biopsja oskrzela (5.31.00.0000107)
- 33.26 Przezskórna igłowa biopsja płuca (5.31.00.0000110)
- 33.272 Przezoskrzelowa biopsja płuca (5.31.00.0000107)
- 34.041 Drenaż jamy opłucnowej (5.31.00.0000102)
- 34.092 Nakłucie międzyżebrowe (5.31.00.0000102)
- 34.094 Nakłucie opłucnej – pobranie materiału do analiz (5.31.00.0000103)
- 34.095 Nakłucie opłucnej – punkcja odbarczająca (5.31.00.0000102)
- 34.23 Biopsja ściany klatki piersiowej (5.31.00.0000103)
- 34.24 Biopsja opłucnej (5.31.00.0000103)
- 34.25 Przezskórna igłowa biopsja śródpiersia (5.31.00.0000103)
- 34.71 Szycie rany ściany klatki piersiowej (5.31.00.0000102)
- 34.91 Nakłucie klatki piersiowej (5.31.00.0000102)
- 97.41 Usunięcie drenu torakotomijnego lub drenu z jamy opłucnowej (5.31.00.0000027)
- 98.15 Usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia (5.31.00.0000102)

zwane dalej świadczeniami AOS z zakresu chorób układu oddechowego i klatki piersiowej.

Należy zaznaczyć, że wcześniejszymi pracami taryfikacyjnymi Agencji w przedmiotowym zakresie były zagadnienia związane z:

- leczeniem gruźlicy oraz mykobakterioz (kody produktu: 5.52.01.0001459 oraz 5.52.01.0000811) – raport taryfikacyjny WT.541.47.2016 (Obwieszczenie Prezesa Agencji z dnia 28 czerwca 2017 r.);
- leczeniem niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż. (JGP D45, kod produktu 5.51.01.0004045) - raport taryfikacyjny WT.541.50.2016 (Obwieszczenie Prezesa Agencji z dnia 8 listopada 2018 r.);
- zleceniem Ministra Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2022 r. dotyczącym opracowania propozycji wyceny świadczenia dotyczącego hospitalizacji pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem gruźlicą, którego koszt obejmuje farmakoterapię zgodną z aktualnym stanem wiedzy medycznej i rekomendacjami międzynarodowymi;
- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2022 r. w sprawie programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 268 z późn. zm.).

2.1 Charakterystyka świadczenia

Problem zdrowotny

Choroby układu oddechowego obejmują zróżnicowaną grupę schorzeń o odmiennym podłożu, przebiegu klinicznym i rokowaniu. Wspólną ich cechą jest wpływ na czynność wentylacyjną płuc, wymianę gazową oraz ogólną wydolność organizmu, co może prowadzić do przewlekłych dolegliwości, zaostrzeń wymagających intensywnego leczenia, a w części przypadków także do trwałego pogorszenia jakości życia i skrócenia przeżycia. Z medycznego punktu widzenia są to choroby wymagające różnicowania pomiędzy jednostkami o charakterze obturacyjnym, zapalnym, zakaźnym, nowotworowym i włóknieniowym, ponieważ każda z tych grup wiąże się z odmiennym postępowaniem diagnostycznym i terapeutycznym.

Do najważniejszych chorób układu oddechowego należą w szczególności¹:

- przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) – przewlekła choroba charakteryzująca się utrwalonym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, zwykle związanym z przewlekłym stanem zapalnym wywołanym działaniem szkodliwych pyłów i gazów, przede wszystkim dymu tytoniowego; przebiega z kaszlem, dusznością, odkrztuszaniem wydzieliny i skłonnością do zaostrzeń, a jej rozpoznanie opiera się przede wszystkim na obrazie klinicznym i badaniu spirometrycznym;
- astma oskrzelowa - heterogenna, przewlekła choroba zapalna dróg oddechowych, w której występują zmienne w czasie objawy, takie jak duszność, świsty, kaszel i uczucie ściskania w klatce piersiowej, związane z nadreaktywnością oskrzeli i odwracalną obturacją; wymaga systematycznej kontroli choroby, właściwej techniki inhalacyjnej oraz leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego dostosowanego do stopnia kontroli objawów;
- nowotwory płuca - grupa chorób nowotworowych wywodzących się z nabłonka dróg oddechowych, obejmująca przede wszystkim raka niedrobnokomórkowego i drobnokomórkowego; choroby te często przez długi czas przebiegają bezobjawowo lub skąpoobjawowo, a ich późniejsze objawy mogą przypominać przewlekłe zakażenia albo inne schorzenia układu oddechowego; leczenie wymaga indywidualizacji i może obejmować postępowanie chirurgiczne, radioterapię, leczenie systemowe oraz terapię objawową;
- gruźlica - bakteryjna choroba zakaźna wywoływana przez prątki gruźlicy, najczęściej zajmująca płuca, ale mogąca dotyczyć również innych narządów; klinicznie może objawiać się przewlekłym kaszlem, osłabieniem, utratą masy ciała, nocnymi potami, dusznością lub krwiopluciem; szczególnie istotnym problemem terapeutycznym pozostają postacie lekooporne, które wymagają bardziej złożonego i długotrwałego leczenia;
- infekcje dolnych dróg oddechowych, w tym zapalenie oskrzeli i zapalenie płuc - schorzenia o etiologii wirusowej lub bakteryjnej, które mogą mieć przebieg od łagodnego do ciężkiego, zwłaszcza u osób starszych, niemowląt, pacjentów z chorobami przewlekłymi i osób z zaburzeniami odporności; zakażenia te mogą prowadzić do nasilenia duszności, zaburzeń utlenowania krwi, niewydolności oddechowej lub zaostrzenia chorób współistniejących;

¹ Zob. Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce w 2024 r. red. Adam Nowiński. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2025

- śródmiąższowe choroby płuc - rozległa grupa schorzeń, w których dochodzi do zajęcia tkanki śródmiąższowej płuc i postępującego włóknienia miąższu; klinicznie manifestują się głównie narastającą dusznością wysiłkową, suchym kaszlem i stopniowym ograniczeniem wydolności oddechowej; ich rozpoznanie bywa trudne, ponieważ objawy są mało swoiste i mogą przypominać inne przewlekłe choroby układu oddechowego, a leczenie zależy od etiologii oraz dynamiki progresji zmian włóknieniowych.

Z medycznego punktu widzenia choroby układu oddechowego wymagają więc zróżnicowanego podejścia klinicznego. Obejmuje ono zarówno wczesne rozpoznanie choroby, właściwe różnicowanie przyczyn objawów, ocenę czynności układu oddechowego i nasilenia zmian strukturalnych, jak i dobór leczenia odpowiadającego mechanizmowi choroby - od terapii przeciwzapalnej, przez leczenie zakażeń, po leczenie onkologiczne i postępowanie ukierunkowane na spowalnianie włóknienia płuc. Zasadnicze znaczenie ma również monitorowanie przebiegu choroby, zapobieganie zaostrzeniom oraz uwzględnianie czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu, ekspozycja na zanieczyszczenia powietrza, alergenów, czynniki infekcyjne i współistniejące choroby przewlekłe.

Absencja chorobowa

Choroby układu oddechowego stanowią wyraźną przyczynę absencji chorobowej. W 2025 r. liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS związana z chorobami układu oddechowego stanowiła 13,6%, a w 2024 r. - 13,7%, co stawia tę grupę chorób na 3 miejscu zaraz po chorobach układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej oraz zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach zachowania.

Najdłuższą absencję związaną z chorobami układu oddechowego w 2024 r. oraz 2025 r. powodowało ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06), zarówno w przypadku populacji mężczyzn i kobiet stanowiło 5,4% ogółu liczby absencji. Warty zaznaczenia w tym miejscu jest fakt, że ww. rozpoznanie jest w grupie mężczyzn w ogóle rozpoznaniem powodującym najdłuższą absencję spośród wszystkich grup chorób².

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę dni absencji chorobowej w latach 2023-2024 z powodu różnych grup chorób, w tym chorób układu oddechowego.

Tabela 1 Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według najczęstszych grup chorobowych w 2023 r. oraz 2024 r. dla najczęściej występujących grup chorobowych

Grupy chorobowe	Liczba dni absencji chorobowej w 2023		Liczba dni absencji chorobowej w 2024	
	w tys.	w %	w tys.	w %
OGÓŁEM	237 309,7	100	240 012,9	100
Ciąża, poród i potóg	33 731,0	14,2	31 809,0	13,3
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	40 423,1	17,0	41 844,7	17,4

² <https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Raport+Absencja+chorobowa+w+2025+roku.pdf/b2b8893f-049d-0782-1787-415168d381b3?t=1775560395351> (dostęp w dniu 14.04.2026 r.)

Grupy chorobowe	Liczba dni absencji chorobowej w 2023		Liczba dni absencji chorobowej w 2024	
	w tys.	w %	w tys.	w %
Choroby układu oddechowego	34 307,1	14,5	32 996,8	13,7
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	26 095,8	11,0	30 331,2	12,6
Choroby układu nerwowego	14 454,6	6,1	13 994,6	5,8
Choroby układu krążenia	10 812,8	4,6	10 608,1	4,4
Choroby układu trawiennego	10 298,4	4,3	10 851,4	4,5
Nowotwory	9 189,1	3,9	9 448,6	3,9
Choroby układu moczowo-płciowego	6 002,6	2,5	6 037,1	2,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ZUS z 2023 oraz 2024 r. ³

Informacje dotyczące umieralności z powodu wybranych chorób układu oddechowego

Choroby układu oddechowego pozostają jedną z istotnych grup przyczyn zgonów w Polsce. W 2024 r. z powodu chorób układu oddechowego odnotowano 31 817 zgonów, podczas gdy liczba zgonów ogółem wyniosła 408 504. Oznacza to, że choroby układu oddechowego odpowiadały za 7,79% wszystkich zgonów w kraju. W porównaniu z 2023 r., kiedy udział tej grupy przyczyn wynosił 7,4%, wskazuje to na dalszy wzrost znaczenia chorób układu oddechowego w strukturze umieralności ogólnej⁴.

W strukturze zgonów z powodu chorób układu oddechowego w 2024 r. dominowało zapalenie płuc, które było przyczyną 21 537 zgonów. Oznacza to, że jednostka ta odpowiadała za 67,69% wszystkich zgonów z powodu chorób układu oddechowego. Drugą najważniejszą kategorię stanowiły przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych, z liczbą 6 183 zgonów, co odpowiadało 19,43% zgonów w tej grupie. Znacznie mniejsze znaczenie miały: pozostałe choroby układu oddechowego – 3 344 zgony, grypa – 564 zgony, oraz inne ostre zakażenia dolnych dróg oddechowych – 189 zgonów. Taka struktura potwierdza, że główny ciężar umieralności w obrębie chorób oddechowych koncentruje się na ciężkich zakażeniach płucnych oraz przewlekłych schorzeniach obturacyjnych i zapalnych⁵.

Dane porównawcze za 2023 r. wskazują na podobny obraz epidemiologiczny. Według biuletynu Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, w 2023 r. choroby układu oddechowego łącznie z gruźlicą płuc, nowotworami układu oddechowego i zespołem serca płucnego były przyczyną 55 502 zgonów, a współczynnik umieralności wyniósł 147,7 na 100 tys. mieszkańców. Po wyłączeniu nowotworów, gruźlicy i zespołu serca płucnego liczba zgonów z powodu chorób układu oddechowego wyniosła 30 382, a współczynnik umieralności 80,6 na 100 tys. mieszkańców. W tej grupie dominowały również zgony z powodu zapalenia płuc oraz POChP, co wskazuje na dużą stabilność struktury przyczyn zgonów pomiędzy 2023 a 2024 r.⁶

³ <https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2024+roku.pdf/d395e590-de6e-5bf6-f53c-5eab9272063f?t=1751529083604> oraz <https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2023+roku.pdf/57361117-44fc-4c48-ecad-82685bebdb32?t=1716895964320> (dostęp w dniu: 14.04.2026 r.)

⁴ <https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx> - Zgony według miesięcy, przyczyn zgonów oraz płci zmarłych za 2023 i 2024 r. (dostęp w dniu 16.04.2026 r.)

⁵ Ibidem.

⁶ Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2024 roku [red. Adam Nowiński], Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2025.

W 2024 r. utrzymał się niski udział zgonów z powodu gruźlicy układu oddechowego. W części opisowej biuletynu wskazano, że w 2023 r. gruźlica była przyczyną zgonu 483 osób, a współczynnik umieralności wyniósł 1,3 na 100 tys. ludności, przy czym zgony z powodu gruźlicy stanowiły 0,1% wszystkich zgonów. Skala tego zjawiska pozostaje zatem relatywnie niska na tle ogólnej umieralności, jednak z epidemiologicznego punktu widzenia gruźlica nadal wymaga monitorowania jako choroba zakaźna o znaczeniu zdrowia publicznego.

Równocześnie w zaprezentowanych danych za 2024 r. utrzymywał się wyraźny spadek znaczenia COVID-19 jako bezpośredniej przyczyny zgonu. W danych GUS zarejestrowano 1 876 zgonów z powodu COVID-19, co odpowiadało około 0,46% wszystkich zgonów. W świetle danych opisowych odnoszących się do 2023 r. oznacza to utrzymanie tendencji spadkowej, ponieważ w 2023 r. zgony z powodu COVID-19 stanowiły około 1% wszystkich zgonów, podczas gdy w 2022 r. ich udział był jeszcze wielokrotnie wyższy. Z perspektywy analizy umieralności oznacza to przesunięcie ciężaru zdrowotnego z ostrej fazy pandemii w stronę klasycznych chorób układu oddechowego, w szczególności zapalenia płuc i przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych.

Istotne znaczenie ma także zróżnicowanie według miejsca zamieszkania. W miastach w 2024 r. odnotowano 20 529 zgonów z powodu chorób układu oddechowego, w tym 14 131 zgonów z powodu zapalenia płuc oraz 3 779 zgonów z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych. Oznacza to, że 64,52% wszystkich zgonów z powodu chorób układu oddechowego przypadło na ludność miejską. Wskazuje to na wyraźną koncentrację obciążenia zdrowotnego w populacji miejskiej, choć pełna interpretacja tego zjawiska wymagałaby dodatkowego odniesienia do struktury wieku ludności oraz zróżnicowania terytorialnego zachorowalności i dostępności świadczeń zdrowotnych.

W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe informacje.

Tabela 2 Umieralność z powodu chorób układu oddechowego wg wybranych przyczyn w Polsce w latach, 2010, 2020, 2022 oraz 2023⁷ (współczynniki na 100.000 ludności).

Przyczyny zgonu	2010		2020		2022		2023	
	Liczba	Wsp.	Liczba	Wsp.	Liczba	Wsp.	Liczba	Wsp.
Choroby układu oddechowego łącznie z gruźlicą i nowotworami układu oddechowego	44 499	116,5	54 325	141,6	53 987	142,7	55 502	147,2
z tego: - gruźlica układu oddechowego A15-A16	555	1,5	462	1,2	461	1,2	465	1,2
- nowotwory narządów oddechowych C30-C34	24 049	63,0	24 007	62,6	22 530	59,6	23 779	63,1
- zespół serca płucnego I-27	562	1,5	1 124	2,9	935	2,5	876	2,3
Choroby układu oddechowego J00-J99	19 333	50,6	28 732	74,9	30 061	79,5	30 382	80,6
w tym: ostre zapalenie górnych dróg oddechowych J00- J06	6	0,0	12	0,0	33	0,1	46	0,1
- zapalenie płuc J12-J18	9 549	25,0	19 770	51,5	19 715	52,1	19 976	53,0
- grypa J10 – J11	28	0,1	143	0,4	88	0,2	431	1,1

⁷Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2023 roku [red. Maria Korzeniewska-Kosęta], Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2024, s. 109.

Przyczyny zgonu	2010		2020		2022		2023	
	Liczba	Wsp.	Liczba	Wsp.	Liczba	Wsp.	Liczba	Wsp.
Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych J40 – J44	6 723	17,6	6 102	15,9	5 623	14,9	5 359	14,2
Astma J45 – J46	422	1,1	613	1,6	567	1,5	557	1,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Biuletynu dot. Gruźlicy i chorób układu oddechowego w Polsce w 2024 roku [red. Adam Nowiński], Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2025.

2.2 Aktualny stan finansowania w Polsce

Rozporządzenie koszykowe

Świadczenia gwarantowane dotyczące leczenia chorób układu oddechowego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.).

W załączniku nr 2 przedstawiono szczegółowe warunki, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w oddziałach chorób płuc w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej określone w ww. rozporządzeniu, wraz z dodatkowymi warunkami realizacji świadczenia - leczenie niewydolności oddychania u dorosłych.

Zarządzenie Prezesa NFZ

Świadczenia gwarantowane dotyczące leczenia chorób układu oddechowego finansowane są w ramach umów zawartych z NFZ. Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone zostały w zarządzeniu nr 46/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.04.2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne oraz w zarządzeniu nr 130/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 24.12.2024 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm.

W obszarze chorób układu oddechowego możliwe są obecnie do realizacji 34 JGP (30 w sekcji D dla dorosłych i 4 w PZD dla dzieci). W załączniku nr 3 przedstawiono szczegółowy katalog świadczeń szpitalnych rozliczanych w ramach chorób układu oddechowego. Ponadto, w analizowanym obszarze funkcjonują produkty odrębnie kontraktowane, określone w załączniku nr 1b do zarządzenia Prezesa NFZ dotyczącego leczenia szpitalnego oraz świadczeń wysokospecjalistycznych. W poniższej tabeli znajdują się produkty możliwe do rozliczenia wyłącznie w zakresie leczenia chorób układu oddechowego.

Tabela 3 Produkty odrębne możliwe do rozliczenia wyłącznie w zakresie chorób układu oddechowego

Nazwa i kod produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Uwagi
Gruźlica - leczenie długoterminowe (5.52.01.0000811)	461,37	za osobodzień
Gruźlica wielolekooporna - leczenie długoterminowe (5.52.01.0001459)	554,78	za osobodzień

Nazwa i kod produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Uwagi
Hospitalizacja związana z leczeniem gruźlicy wielolekoopornej wg standardów WHO niezawierająca kosztów leków dedykowanych leczeniu gruźlicy (5.52.01.0001569)	433,02	za osobodzień; do rozliczenia u pacjentów ze zdiagnozowaną gruźlicą wielolekooporną, w sytuacji zastosowania schematu leczenia zgodnie z najnowszymi standardami WHO
Mykobakteriozy - leczenie długoterminowe (5.52.01.0001419)	488,51	za osobodzień
Zapalenie płuc u chorego w immunosupresji - diagnostyka (HRCT, bronchoskopia, bakteriologia, serologia, biopsja), leczenie bez immunoglobulinoterapii (5.52.01.0000837)	5 932,61	wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego określającego rodzaj zapalenia płuc oraz rozpoznania współistniejącego wskazującego na przyczynę prowadzenia leczenia immunosupresyjnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie załącznika nr 1b do zarządzenia nr 46/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.04.2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm.

W kontekście analizowanego zakresu świadczeń należy również wskazać, że wykaz produktów możliwych do sumowania, istotnych z punktu widzenia zasad rozliczania świadczeń udzielanych w tym obszarze, został przedstawiony w **załączniku nr 4**, stanowiącym integralny element niniejszego raportu.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

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

Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone zostały w zarządzeniu nr 132/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31.12.2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późn. zm. W poniższej tabeli przedstawiono porównanie wartości punktowych świadczeń rozliczanych w ramach ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych z wartością świadczeń rozliczanych w ramach JGP.

Tabela 4 Procedury możliwe do realizacji w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych

Nazwa JGP	Wartość punktowa SZP	Procedura ICD-9	Nazwa świadczenia AOS	Wartość punktowa AOS
D05 Bronchoskopia	843	33.21 Bronchoskopia przez przetokę	Z57 Świadczenia zabiegowe - grupa 57	324
		33.22 Bronchoskopia fiberoskopowa		
		33.231 Bronchoskopia autofluorescencyjna		
		33.239 Bronchoskopia – inna		
		98.15 Usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia	Z102 Świadczenia zabiegowe - grupa 102	115
		33.24 Endoskopowa biopsja oskrzela	Z107 Świadczenia zabiegowe - grupa 107	439
		33.272 Przezoskrzelowa biopsja płuca		

Nazwa JGP	Wartość punktowa SZP	Procedura ICD-9	Nazwa świadczenia AOS	Wartość punktowa AOS
D07 Małe zabiegi klatki piersiowej	1 910	34.041 Drenaż jamy opłucnowej	Z102 Świadczenia zabiegowe - grupa 102	115
		34.71 Szycie rany ściany klatki piersiowej		
		34.24 Biopsja opłucnej	Z103 Świadczenia zabiegowe - grupa 103	173
		32.09 Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki oskrzela	Z107 Świadczenia zabiegowe - grupa 107	439
		33.26 Przeskórna igłowa biopsja płuca	Z110 Świadczenia zabiegowe - grupa 110	259

Źródło: opracowanie własne na podstawie załącznika nr 1a do zarządzenia nr 46/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.04.2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne oraz na podstawie załącznika nr 5a zarządzenia nr 132/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31.12.2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późn. zm.

Współczynniki korygujące

Wyliczanie wysokości zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawców odbywa się również z zastosowaniem współczynników korygujących.

W odniesieniu do grup:

- D05 Bronchoskopia,
- D17 Ropień płuc, ropowica,
- D18 Zapalenie płuc nietypowe, wirusowe,
- D26 Wsiekowe zapalenie opłucnej,
- D38 Obrzek płuc,
- D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego,
- D48 Zapalenie płuc,
- D51 Odma opłucnowa,
- D52 Niewydolność oddechowa,
- D54 Zapalenie opłucnej,

od lipca 2023 roku funkcjonują pomostowe współczynniki korygujące w wysokości **1,2**, wprowadzone w oparciu o Rekomendację Nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Mechanizm ten został wdrożony jako rozwiązanie przejściowe, obowiązujące do czasu zakończenia prac taryfikacyjnych, mające na celu ograniczenie skutków niedoszacowania świadczeń wynikającego z istotnych różnic pomiędzy kosztami ich realizacji a obowiązującymi taryfami.

Dla świadczeniodawców zakwalifikowanych w ramach PSZ do poziomów: trzeciego stopnia, ogólnopolskiego, onkologicznego, pediatrycznego albo pulmonologicznego, sprawozdających produkty określone w załączniku nr 3 do zarządzenia, obowiązuje współczynnik korygujący o wartości **1,06**, mający zastosowanie do taryfy kompleksowych zabiegów w grupach D02 i PZD01⁸.

⁸ Zob. załącznik nr 3 do zarządzenia nr 130/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 24.12.2024 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm.

Ponadto, w obszarze kompleksowych i złożonych zabiegów klatki piersiowej realizowanych na rzecz pacjentów z kartą DILO, w przypadku świadczeniodawców, którzy realizują min. 70 zabiegów rocznie w rozpoznaniach C34 oraz C78.0, taryfy korygowane są o współczynnik **1,25⁹**.

Jednocześnie, zgodnie z zarządzeniem nr 101/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23.12.2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm., dla świadczeniodawców udzielających świadczeń na rzecz dzieci w wieku odpowiednio:

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

Programy lekowe

W obszarze chorób układu oddechowego realizowanych jest obecnie kilka programów lekowych obejmujących m.in. leczenie mukowiscydozy, raka płuca, ciężkiej postaci astmy, idiopatycznego włóknienia płuc, chorób śródmiąższowych płuc oraz gruźlicy lekoopornej, a także profilaktykę zakażeń wirusem RS. Zestawienie tych programów wraz z wysokością ryczałtu rocznego za diagnostykę przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5 Wykaz programów lekowych związanych z chorobami układu oddechowego

ICD-10	Nazwa programu	Ryczałt roczny za diagnostykę w pkt
onkologiczne		
C34, C45	B.6. Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej	3 927,00
nieonkologiczne		
E84	B.27. Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	711,15
P07.2, P07.3, P27.1, P07.0, P07.1, Q20–Q24, G12.0, G12.1, E84.0	B.40. Profilaktyka zakażeń wirusem RS	-
J45, J82	B.44. Leczenie chorych z ciężką postacią astmy	948,80
J84.1	B.87. Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc	1 676,48
E84	B.112. Leczenie chorych na mukowiscydozę	918,00 (I rok terapii) 252,00 (II rok terapii)
D86, J67.0–J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34	B.135. Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc	1 458,00 (I rok terapii nintedanibem) 831,00 (II rok terapii nintedanibem) 1 543,00 (I rok terapii rytuksymabem) 914,00 (II rok terapii rytuksymabem) 1 618,00 (I rok terapii tocilizumabem) 914,00 (II rok terapii tocilizumabem)

⁹ Zob. załącznik nr 3c do zarządzenia nr 46/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.04.2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

ICD-10	Nazwa programu	Ryczałt roczny za diagnostykę w pkt
A15	B.136.FM. Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie załączników nr 11 oraz 4 do zarządzenia 9/2025/DGL Prezesa NFZ z dnia 30.01.2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe z późn. zm.

Programy zdrowotne

Mając na uwadze znaczenie profilaktyki oraz wczesnej diagnostyki chorób układu oddechowego, należy wskazać, że w Polsce funkcjonują zarówno programy ogólnopolskie, jak i działania samorządowe ukierunkowane na ograniczanie czynników ryzyka zdrowotnego. Do aktualnie realizowanych programów ogólnopolskich należy Program Profilaktyki Chorób Odtytoniowych, w tym POChP, obejmujący poradnictwo antytytoniowe oraz w określonych grupach – badania spirometryczne służące wczesnemu wykrywaniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Program jest skierowany m.in. do osób używających wyrobów tytoniowych, nowatorskich wyrobów tytoniowych lub papierosów elektronicznych, a w części dotyczącej diagnostyki POChP także do osób w wieku 40–65 lat spełniających określone kryteria zdrowotne.¹⁰

W odniesieniu do badań przesiewowych w kierunku raka płuca należy zaznaczyć, że dotychczasowy Program badań w kierunku wykrywania raka płuca, oparty na wykonywaniu niskodawkowej TK u osób z grup podwyższonego ryzyka, był realizowany w ramach czasowych 2021–2025. Jednocześnie w 2025 r. wydano rekomendację dotyczącą zakwalifikowania programu wczesnego wykrywania raka płuca jako świadczenia gwarantowanego oraz opublikowano stosowny projekt rozporządzenia zmian koszykowych w tym zakresie.¹¹

Na poziomie regionalnym i lokalnym jednostki samorządu terytorialnego mogą realizować własne programy polityki zdrowotnej odnoszące się do problemów zdrowotnych mieszkańców, jednak ich zakres oraz aktualność wymagają każdorazowo indywidualnej weryfikacji. Przykładowo, w województwie śląskim w dostępnych oficjalnych materiałach widoczne są raporty z realizacji zakończonych programów, w tym programu rehabilitacji oddechowej na lata 2019–2023, co wskazuje, że nie każdy wcześniej funkcjonujący program regionalny pozostaje nadal aktywny.¹²

Istotne znaczenie dla zdrowia publicznego mają również działania związane z ograniczaniem narażenia na zanieczyszczenie powietrza. W województwie małopolskim aktualny pozostaje Program ochrony powietrza, przyjęty w zaktualizowanej formule w 2023 r., który obejmuje działania naprawcze, edukacyjne i informacyjne, a także rozwiązania ukierunkowane na ochronę grup szczególnie wrażliwych, takich jak dzieci, osoby starsze oraz pacjenci placówek ochrony zdrowia. Choć program ten ma przede wszystkim charakter środowiskowy, jego realizacja

¹⁰ Zob. <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/program-profilaktyki-chorob-odtytoniowych> (dostęp w dniu 24.04.2026 r.) oraz zarządzenie nr 111/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 02.09.2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne z późn. zm.

¹¹ Zob. <https://www.aotm.gov.pl/aktualnosci/najnowsze/rekomendacja-prezesa-program-wczesnego-wykrywania-raka-pluca-u-osob-ze-zwiekszonym-zdefiniowanym-ryzykiem-zachorowania-za-pomoca-niskodawkowej-tomografii-komputerowej/> oraz <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12405056> (dostęp w dniu 24.04.2026 r.)

¹² Zob. https://bip.slaskie.pl/wojewodztwo/programy_plany_i_strategie_wojewodztwa/programy_polityki_zdrowotnej/ (dostęp w dniu 24.04.2026 r.)

pozostaje istotna także z perspektywy profilaktyki zdrowotnej i ograniczania negatywnych skutków zdrowotnych smogu.¹³

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. 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 rozumie się głównie liczbę osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz czas oczekiwania na jego realizację. Podaż natomiast definiowana jest przez poziom realizacji danego świadczenia przez podmioty lecznicze, wynikający z ich potencjału wykonawczego, określonego skalą posiadanej infrastruktury, zatrudnionego personelu oraz wielkością środków finansowych przeznaczanych na ten cel.

W niniejszym rozdziale przedstawiono analizę popytu i podaży świadczeń w systemie opieki zdrowotnej w zakresie chorób układu oddechowego na podstawie aktualnych danych NFZ.

Szacunkowa wartość potencjału do realizacji taryfikowanych świadczeń została oparta o analizę liczby zrealizowanych świadczeń, liczby podmiotów realizujących dane, a także kadry medycznej określonych specjalności.

Podstawowym źródłem danych do analiz przedstawionych w niniejszym rozdziale były informacje pochodzące z NFZ, dotyczące realizacji świadczeń.

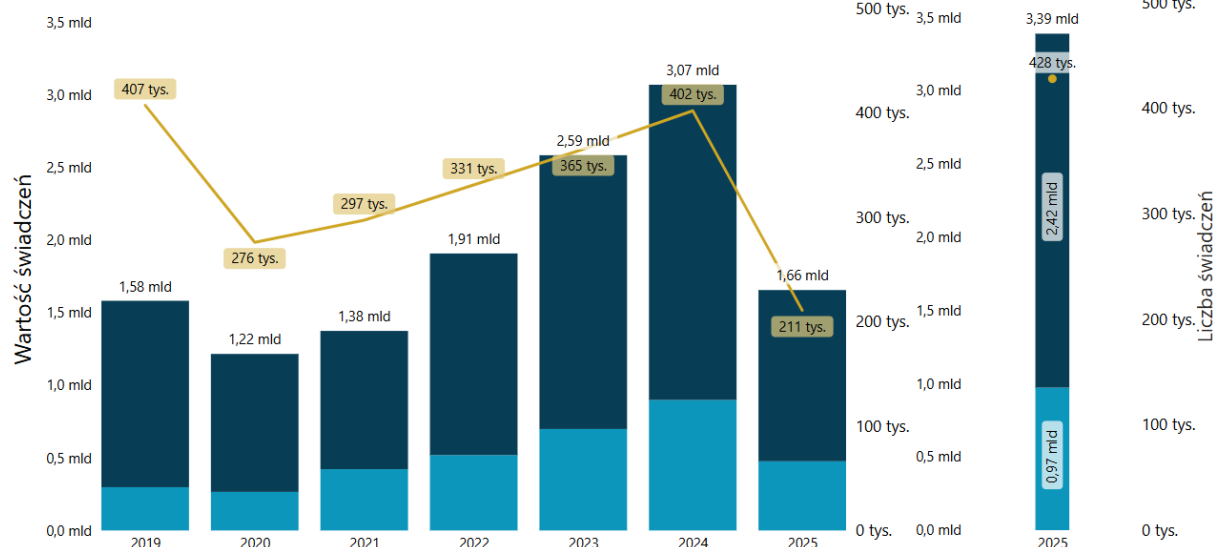
Realizacja świadczeń

Widoczny jest wyraźny spadek liczby i wartości świadczeń w 2020 r. (związany z epidemią Covid w tamtym okresie), a następnie systematyczny wzrost do 2024 r. Przedstawiona symulacja (na rok 2025) liczby i wartości świadczeń potwierdza tendencję wzrostową w obszarze świadczeń dotyczących chorób układu oddechowego. Szczegóły obrazuje poniższy wykres.

¹³ Zob. <https://powietrze.malopolska.pl/program-ochrony-powietrza/> (dostęp w dniu 24.04.2026 r.)

Dane za lata 2019 - 2025 (I połowa)

Sposób finansowania: Poza ryczałtem, Ryczałt PSZ, Liczba świadczeń



Rysunek 1 Liczba i wartość świadczeń w obszarze chorób układu oddechowego - leczenie szpitalne w okresie 2019-2025 (I połowa)

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W analizowanym obszarze dominują świadczenia realizowane w ryczałcie PSZ (ponad 70% w każdym roku), jednak po 2020 r. widoczny jest wzrost udziału świadczeń poza ryczałtem, co może świadczyć o zmianach organizacyjnych i finansowych w systemie.

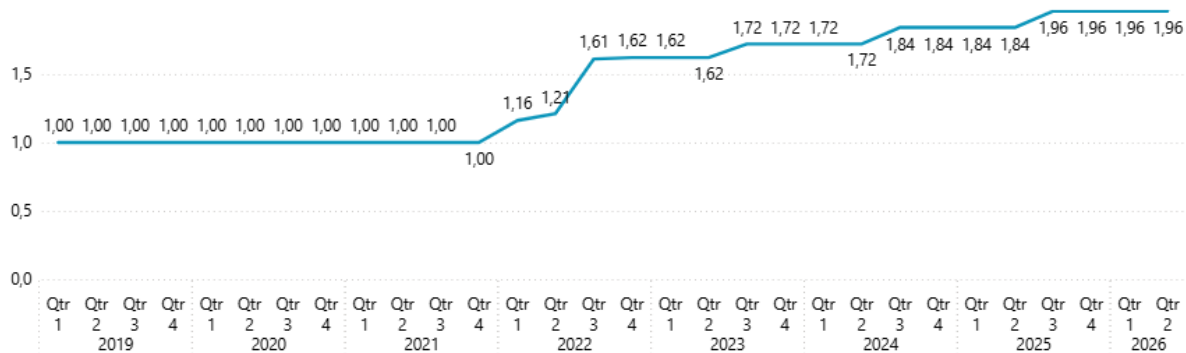
Tabela 6 Udział procentowy świadczeń realizowanych w ryczałcie PSZ i poza ryczałtem PSZ w latach 2019–2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ryczałt PSZ	89,62%	86,52%	72,82%	76,77%	78,54%	76,45%
Poza ryczałtem PSZ	10,38%	13,48%	27,18%	23,23%	21,46%	23,55%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Średnia cena jednostki rozliczeniowej pozostawała stabilna do 2021 roku, po czym nastąpił jej istotny wzrost w latach 2022–2025, co wskazuje na istotne zmiany finansowania świadczeń w ryczałcie PSZ.

Dane za lata 2020 - 2026 (I połowa)

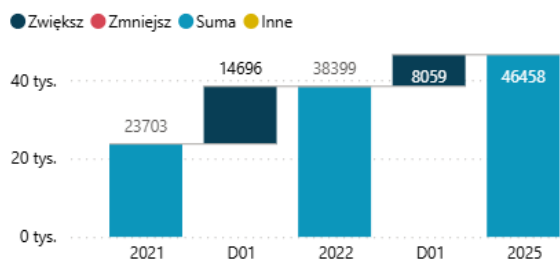
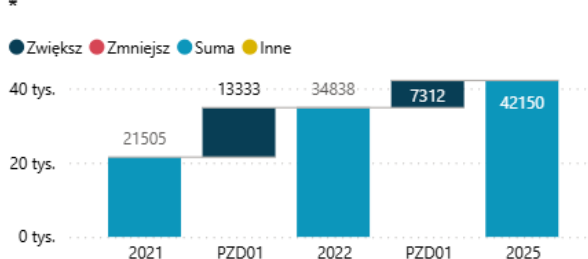
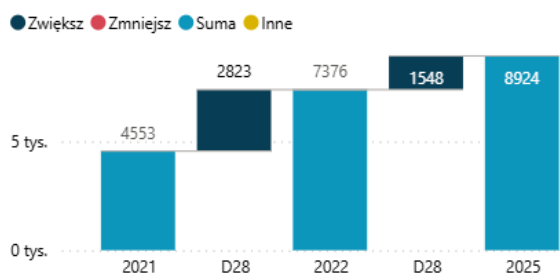
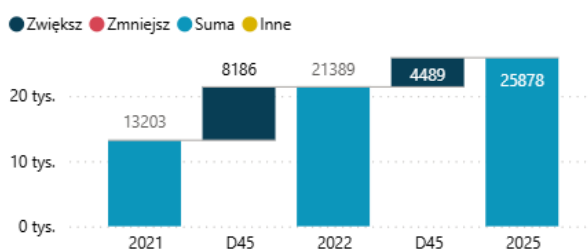


Rysunek 2 Średnia cena jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Zmiany ceny jednostki rozliczeniowej przełożyły się na wzrost refundacji analizowanych grup JGP. W okresie między 2021 a 2025 rokiem średnia wartość refundacji zwiększyła się dwukrotnie.

Refundacja na koniec roku w ryczałcie PSZ

D01 ZŁOŻONE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ***PZD01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż.****D28 CHOROBY NOWOTWOROWE UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ****D45 LECZENIE NIEWYDOLNOŚCI ODDYCHANIA PRZY ZASTOSOWANIU NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (NWM) > 17R.Ż.****Rysunek 3 Zmiana refundacji NFZ w wyniku zmian ceny jednostki rozliczeniowej dla wybranych JGP**

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Widoczny jest ogólny wzrost liczby świadczeń zabiegowych (o 15%), przy szczególnie dużych wzrostach w niektórych grupach (np. D06 +53%), co wskazuje na rosnące zapotrzebowanie na świadczenia o średniej złożoności. Wśród grup zabiegowych grupa D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej ma największą roczną realizację świadczeń.

Tabela 7 Liczba świadczeń w obszarze chorób układu oddechowego w latach 2019-2024 – grupy zabiegowe

Kod i nazwa JGP	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Zmiana % 2024 vs 2019
D01 ZŁOŻONE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ	3 768	3 323	3 547	3 905	4 592	4 862	29%
D02 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ	6 764	5 535	6 007	6 599	7 405	7 372	9%
D03 DUŻE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ	6 122	4 963	5 260	5 746	6 041	5 864	-4%
D05 BRONCHOSKOPIA	6 713	4 273	4 941	5 833	6 668	7 777	16%
D06 ŚREDNIE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ	17 469	15 371	17 299	20 199	23 685	26 714	53%
D07 MAŁE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ	11 841	5 730	6 355	7 180	7 605	7 978	-33%
PZD01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż.	135	106	174	286	507	565	319%
PZD02 DUŻE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż.	404	287	329	378	383	323	-20%
PZD03 BRONCHOSKOPIA < 18 R.Ż.	260	243	174	281	282	329	27%
PZD04 MAŁE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż.	348	337	263	286	333	326	-6%
Suma świadczeń	53 824	40 168	44 349	50 693	57 501	62 110	15%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W grupach zachowawczych obserwuje się zróżnicowane trendy – część świadczeń maleje (np. D38 -60%), przy jednoczesnym wzroście w innych (np. D45 +68%), co wskazuje na zmianę struktury potrzeb zdrowotnych.

Tabela 8 Liczba świadczeń w obszarze chorób układu oddechowego w latach 2019-2024 – grupy zachowawcze

Kod i nazwa JGP	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Zmiana % 2024 vs 2019
D10E DYCHAWICA OSKRZELOWA > 65 R.Ż.	10 295	5 283	4 361	6 850	7 890	8 134	-21%
D10F DYCHAWICA OSKRZELOWA < 66 R.Ż.	19 771	9 875	9 990	13 664	16 131	16 991	-14%
D16 ZATOR PŁUCNY	15 261	12 917	17 538	17 485	17 640	18 793	23%
D17 ROPIEŃ PŁUC, ROPOWICA	3 129	2 821	2 890	3 553	3 824	3 702	18%
D18 ZAPALENIE PŁUC NIETYPOWE, WIRUSOWE	44 850	36 197	41 151	22 001	24 560	36 377	-19%
D19 ROZSTRZENIE OSKRZELI	5 889	3 072	2 780	4 251	5 008	5 379	-9%
D20 GRUŻLICA	1 093	709	660	725	829	919	-16%
D26 WYSIĘKOWE ZAPALENIE OPŁUCNEJ	7 546	5 828	5 662	6 855	7 529	7 491	-1%
D28 CHOROBY NOWOTWOROWE UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI PIERSIOWEJ	61 802	48 877	47 661	53 793	57 072	56 896	-8%
D36 ZABURZENIA ODDYCHANIA W CZASIE SNU	22 827	12 189	13 698	18 734	28 287	33 783	48%
D37E INNE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO > 65 R.Ż.	7 341	4 138	4 128	5 767	6 470	6 952	-5%
D37F INNE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO < 66 R.Ż.	10 640	6 166	6 344	7 486	8 561	9 238	-13%
D38 OBRZĘK PŁUC	1 792	1 120	985	1 013	783	713	-60%
D45 LECZENIE NIEWYDOLNOŚCI ODDYCHANIA PRZY ZASTOSOWANIU NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (NWM) >17R.Ż.	1 820	1 317	1 504	2 312	2 865	3 051	68%
D46 POCHP I INNE OBTURACYJNE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO	54 736	27 906	28 246	33 821	33 622	35 815	-35%
D48 ZAPALENIE PŁUC BEZ PW	23 631	14 992	14 428	26 521	24 837	29 007	23%
D49 USZKODZENIA INHALACYJNE PŁUC	2 955	2 243	2 332	2 957	3 363	3 918	33%
D50 ZWŁÓKNIENIE I PYLICA PŁUC	15 337	11 533	18 839	21 174	23 848	24 647	61%
D51 ODMA OPŁUCNOWA	2 918	3 852	4 363	4 577	4 236	4 569	57%
D52 NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA	21 043	13 091	13 465	17 446	19 100	21 409	2%
D53 NADCIŚNIENIE PŁUCNE > 17 R.Ż.	783	497	506	598	592	569	-27%
D54 ZAPALENIE OPŁUCNEJ	183	77	76	100	89	106	-42%
D55 ZIARNINIAKI, CHOROBY PŁUC ALERGICZNE I Z AUTOIMMUNIZACJI	9 676	5 952	6 668	8 620	10 659	11 479	19%
Suma świadczeń	353 532	235 863	252 805	280 303	307 796	339 938	-4%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Wartość świadczeń zabiegowych wzrosła znacząco (ponad 100% łącznie), co wynika zarówno ze wzrostu liczby świadczeń, jak i ich wyceny.

Tabela 9 Wartość świadczeń w obszarze chorób układu oddechowego w latach 2019-2024 – grupy zabiegowe

Kod i nazwa JGP	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Zmiana % 2024 vs 2019
D01 ZŁOŻONE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ	104 167 975	93 915 842	103 253 281	141 465 233	197 161 472	228 052 972	119%
D02 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ	136 458 014	119 270 766	133 908 459	185 402 516	250 654 801	269 076 519	97%
D03 DUŻE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ	48 172 189	41 569 632	45 456 049	63 696 236	80 278 775	83 220 377	73%
D05 BRONCHOSKOPIA	5 177 262	3 506 652	4 242 054	6 385 982	9 727 616	13 245 177	156%
D06 ŚREDNIE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ	85 290 419	78 779 153	91 370 742	135 473 762	190 030 151	229 817 644	169%
D07 MAŁE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ	29 672 987	11 386 762	13 171 847	19 044 898	24 148 655	27 239 072	-8%
PZD01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż.	3 071 023	2 629 577	4 405 212	9 330 547	19 911 703	23 127 247	653%
PZD02 DUŻE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż.	3 672 388	2 884 807	3 297 808	5 001 907	5 951 147	5 333 329	45%
PZD03 BRONCHOSKOPIA < 18 R.Ż.	269 480	275 284	199 359	419 414	496 909	615 197	128%
PZD04 MAŁE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż.	1 046 927	1 046 921	830 462	1 446 715	2 235 998	2 084 311	99%
Suma końcowa	416 998 664	355 265 397	400 135 272	567 667 211	780 597 226	881 811 846	111%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W grupach zachowawczych nastąpił bardzo istotny wzrost wartości (ok. +88%), przy szczególnie dynamicznym wzroście w wybranych obszarach (np. D45 +204%), co wskazuje na rosnącą kosztocłonność leczenia.

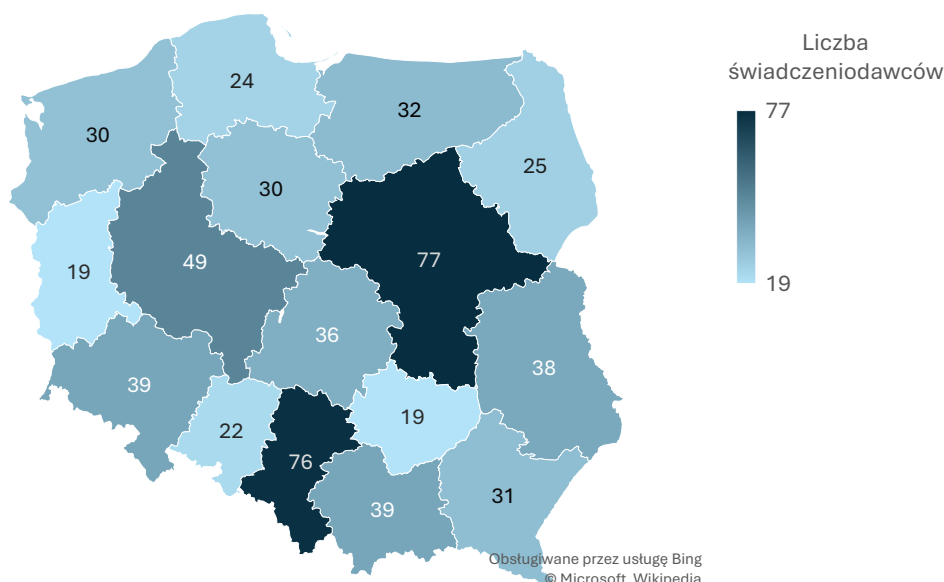
Tabela 10 Wartość świadczeń w obszarze chorób układu oddechowego w latach 2019-2024 – grupy zachowawcze

Kod i nazwa JGP	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Zmiana % 2024 vs 2019
D10E DYCHAWICA OSKRZELOWA > 65 R.Ż.	40 365 566	21 935 605	18 978 901	38 020 527	51 925 393	56 678 488	40%
D10F DYCHAWICA OSKRZELOWA < 66 R.Ż.	50 870 953	26 920 180	27 846 308	47 503 127	66 578 091	73 633 209	45%
D16 ZATOR PŁUCNY	72 672 677	65 876 053	92 783 846	117 546 055	143 864 915	163 491 871	125%
D17 ROPIEŃ PŁUC, ROPOWICA	16 047 242	15 519 099	16 624 500	26 079 137	36 609 932	41 887 540	161%
D18 ZAPALENIE PŁUC NIETYPOWE, WIRUSOWE	189 405 861	160 142 764	187 553 983	138 120 969	189 159 623	332 114 587	75%
D19 ROZSTRZENIE OSKRZELI	23 881 214	13 430 272	12 694 953	25 037 166	34 271 208	39 177 255	64%
D20 GRUŻLICA	1 981 259	1 377 111	1 329 423	1 854 538	2 539 330	3 015 193	52%
D26 WYSIĘKOWE ZAPALENIE OPŁUCNEJ	22 409 793	18 469 102	18 804 863	29 197 716	42 351 453	48 917 332	118%
D28 CHOROBY NOWOTWOROWE UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ	260 308 619	213 441 221	214 336 570	308 855 913	398 174 844	420 205 123	61%
D36 ZABURZENIA ODDYCHANIA W CZASIE SNU	30 645 110	17 481 029	20 527 731	36 527 444	64 261 777	82 152 772	168%
D37E INNE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO > 65 R.Ż.	18 539 160	11 025 177	11 334 042	20 655 007	27 736 757	31 533 914	70%
D37F INNE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO < 66 R.Ż.	20 203 549	12 149 074	12 779 566	19 491 798	27 234 275	31 320 197	55%
D38 OBRZĘK PŁUC	4 966 973	3 269 501	3 044 241	3 950 186	4 082 945	4 295 819	-14%

Kod i nazwa JGP	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Zmiana % 2024 vs 2019
D45 LECZENIE NIEWYDOLNOŚCI ODDYCHANIA PRZY ZASTOSOWANIU NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (NWM) >17R.Ż.	23 642 081	18 280 480	22 081 594	43 132 604	63 164 762	71 858 029	204%
D46 POCHP I INNE OBTURACYJNE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO	122 435 267	65 979 754	67 471 721	105 387 357	138 827 247	172 769 347	41%
D47 ZAPALENIE PŁUC Z PW	20 365 531	13 670 608	12 446 832	0	2 595	0	-100%
D48 ZAPALENIE PŁUC BEZ PW	38 536 289	25 974 202	25 798 143	60 947 459	75 972 947	103 410 954	168%
D49 USZKODZENIA INHALACYJNE PŁUC	15 539 928	12 598 897	13 228 640	21 791 834	29 699 320	37 227 415	140%
D50 ZWŁÓKNIENIE I PYLICA PŁUC	73 655 699	59 706 207	101 424 790	145 878 074	194 501 468	213 522 695	190%
D51 ODMA OPŁUCNOWA	7 644 164	11 054 769	13 048 414	17 506 203	21 780 940	27 274 122	257%
D52 NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA	58 805 940	38 723 479	42 003 595	69 924 045	99 791 984	130 637 204	122%
D53 NADCIŚNIENIE PŁUCNE > 17 R.Ż.	3 961 441	2 691 593	2 836 606	4 275 713	5 138 289	5 207 751	31%
D54 ZAPALENIE OPŁUCNEJ	405 238	173 569	181 968	314 146	357 949	490 886	21%
D55 ZIARNINIAKI, CHOROBY PŁUC ALERGICZNE I Z AUTOIMMUNIZACJI	49 725 191	32 436 875	37 032 848	60 653 850	89 282 501	101 442 420	104%
Suma końcowa	1 167 014 746	862 326 615	976 194 077	1 342 650 869	1 807 310 545	2 192 264 121	88%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

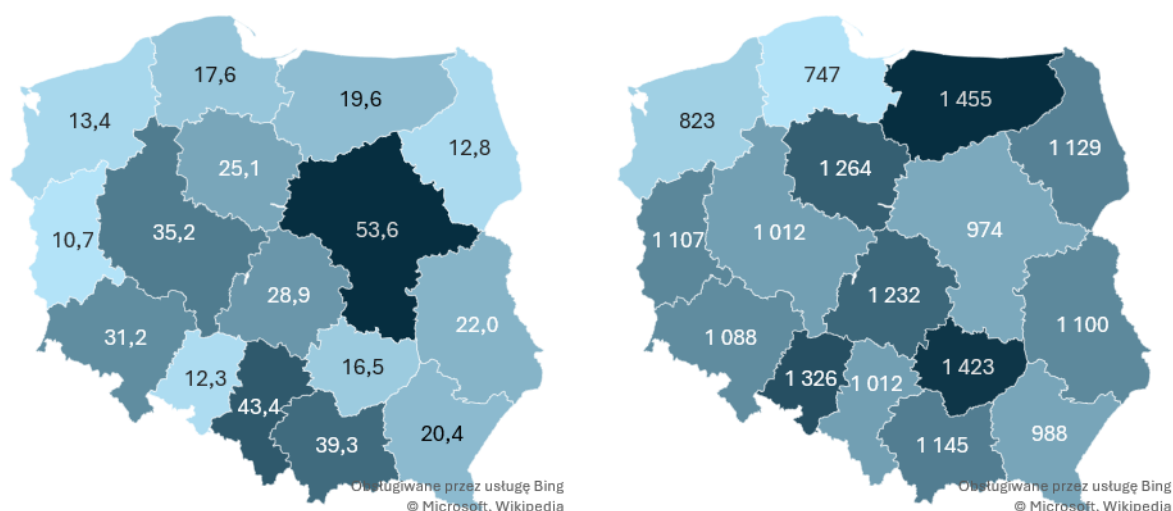
Widoczna jest znaczna regionalna zmienność liczby świadczeniodawców – najwyższa koncentracja występuje w wybranych województwach (maks. 77 SWD), co może świadczyć o nierównomiernym dostępie do świadczeń.



Rysunek 4 Liczba świadczeniodawców realizujących w 2024 r. świadczenia w obszarze chorób układu oddechowego

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Istnieją istotne różnice między województwami zarówno w liczbie hospitalizacji, jak i ich przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, co wskazuje na zróżnicowany poziom wykorzystania świadczeń w skali kraju.



Rysunek 5 Liczba hospitalizacji [w tys.] oraz liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców w obszarze chorób układu oddechowego w podziale na województwa w 2024 roku

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Analizując zakresy świadczeń zaobserwować można, że największy udział wartości generują świadczenia chirurgii klatki piersiowej (w grupach zabiegowych), natomiast pod względem liczby dominują choroby płuc (grupy zachowawcze). Powyższe wynika głównie z organizacji udzielania świadczeń w analizowanym obszarze.

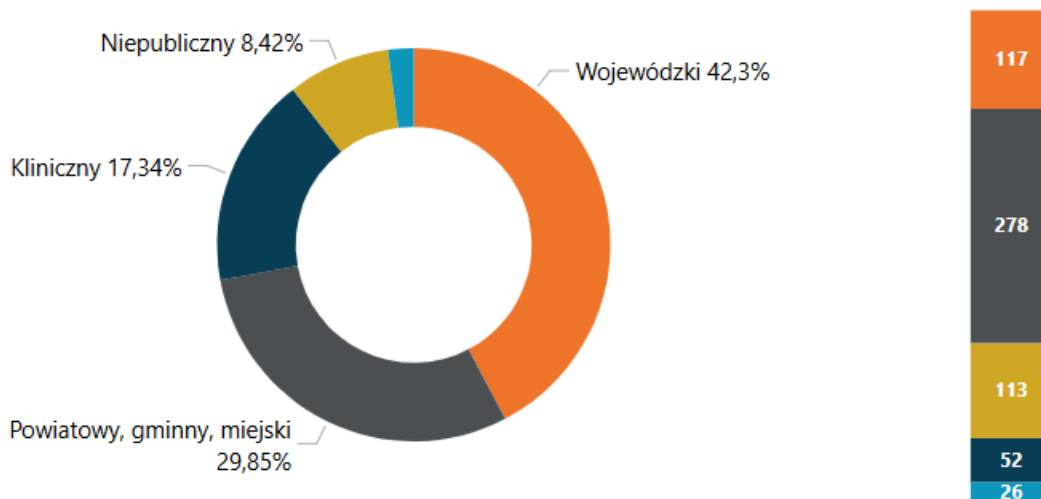
Tabela 11 Liczba i wartość świadczeń w podziale na uproszczone zakresy świadczeń w 2024 roku w rozbiciu na grupy zabiegowe i zachowawcze

Zakres świadczeń (uproszczony)	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń		Udział % wartości	
	Zabiegowe	Zachowawcze	Zabiegowe	Zachowawcze	Zabiegowe	Zachowawcze
CHOROBY PŁUC	24 773	148 226	165 298 223	970 078 632	18,75%	44,25%
CHIRURGIA KŁATKI PIERSIOWEJ	30 397	5 060	630 865 376	32 777 746	71,54%	1,50%
CHOROBY WEWNĘTRZNE	623	96 500	1 272 973	632 981 828	0,14%	28,87%
PEDIATRIA	23	33 001	42 983	218 490 421	0,00%	9,97%
KARDIOLOGIA		9 292		78 779 812	0,00%	3,59%
CHIRURGIA OGÓLNA	2 088	4 238	24 438 275	27 735 848	2,77%	1,27%
ONKOLOGIA KLINICZNA		9 128		50 564 285	0,00%	2,31%
CHOROBY PŁUC DZIECIĘCE	248	7 851	1 238 408	44 137 051	0,14%	2,01%
ALERGOLOGIA	173	8 328	307 232	34 338 518	0,03%	1,57%
CHOROBY ZAKAŻNE		4 333		32 775 080	0,00%	1,50%
CHIRURGIA DZIECIĘCA	1 113	105	27 339 513	629 820	3,10%	0,03%
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA	1 470	145	17 458 898	916 942	1,98%	0,04%
OTORYNOLARYNGOLOGIA	87	6 386	1 759 947	16 191 622	0,20%	0,74%
REUMATOLOGIA		1 991		17 333 096	0,00%	0,79%
GERIATRIA	7	2 210	12 221	16 089 787	0,00%	0,73%
KARDIOCHIRURGIA	779	13	9 136 671	151 577	1,04%	0,01%
CHOROBY ZAKAŻNE DZIECIĘCE		1 183		8 771 744	0,00%	0,40%
OTORYNOLARYNGOLOGIA DZIECIĘCA	238	849	1 553 637	2 038 458	0,18%	0,09%
IMMUNOLOGIA KLINICZNA		276		1 557 154	0,00%	0,07%
GASTROENTEROLOGIA		157		1 190 632	0,00%	0,05%

Zakres świadczeń (uproszczony)	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń		Udział % wartości	
	Zabiegowe	Zachowawcze	Zabiegowe	Zachowawcze	Zabiegowe	Zachowawcze
DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA		109		1 044 511	0,00%	0,05%
ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCA		165		1 037 303	0,00%	0,05%
ANGIOLOGIA		119		985 666	0,00%	0,04%
ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU	48	36	494 095	223 991	0,06%	0,01%
KARDIOCHIRURGIA DZIECIĘCA	43		593 392		0,07%	0,00%
NEFROLOGIA		47		389 900	0,00%	0,02%
NEUROLOGIA		109		363 349	0,00%	0,02%
REUMATOLOGIA DZIECIĘCA		39		348 232	0,00%	0,02%
CHIRURGIA NACZYNIOWA		26		222 511	0,00%	0,01%
KARDIOLOGIA DZIECIĘCA		11		85 804	0,00%	0,00%
DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA do 18 r.ż.		2		17 720	0,00%	0,00%
NEFROLOGIA DZIECIĘCA		1		8 328	0,00%	0,00%
IMMUNOLOGIA KLINICZNA DZIECIĘCA		1		4 923	0,00%	0,00%
AUDIOLOGIA I FONIATRIA		1		1 828	0,00%	0,00%
Suma	62 110	339 938	881 811 846	2 192 264 121	100%	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

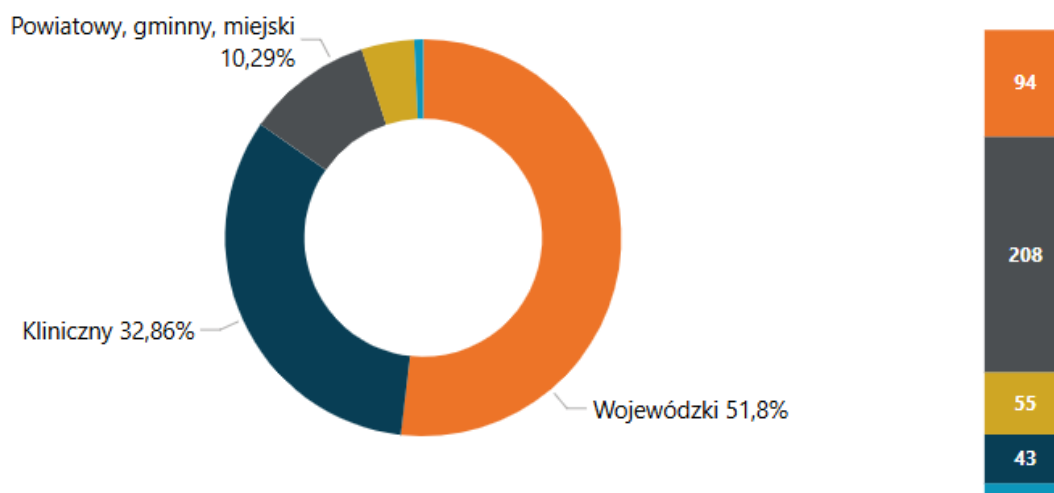
Analizując ogólnie realizację świadczeń pod kątem kategorii świadczeniodawców zaobserwować można, że największy udział w realizacji świadczeń, według danych za rok 2024, mają szpitale wojewódzkie (ok. 42%) oraz powiatowe, gminne, miejskie, co potwierdza ich dominującą rolę systemową.



Rysunek 6 Struktura liczby świadczeń z obszaru chorób układu oddechowego oraz liczba realizatorów w podziale na kategorię szpitala w 2024 roku

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

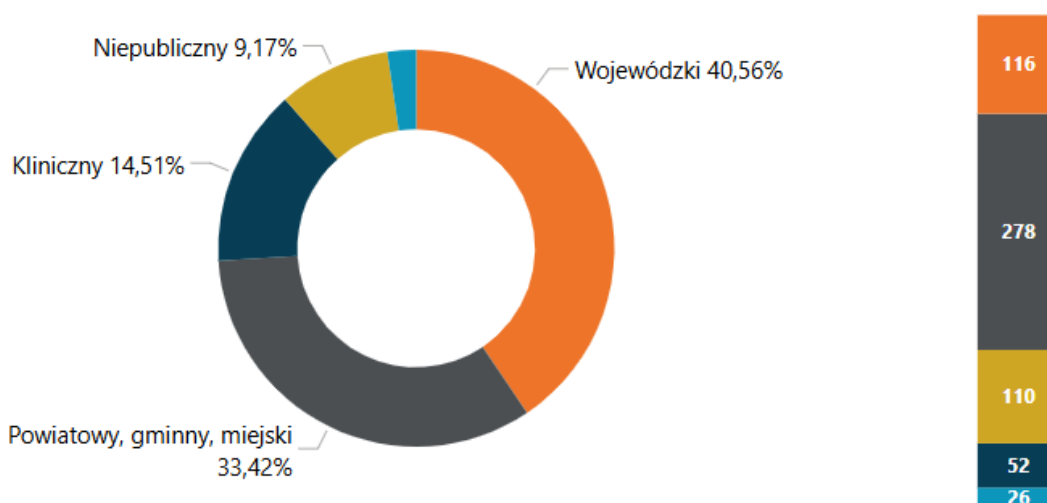
W grupach zabiegowych również dominują szpitale wojewódzkie (ponad 50%) oraz kliniczne (prawie 33% udział w realizacji świadczeń), co wskazuje na koncentrację bardziej złożonych świadczeń w jednostkach o wyższym poziomie referencyjności.



Rysunek 7 Struktura liczby świadczeń z obszaru chorób układu oddechowego oraz liczba realizatorów w podziale na kategorię szpitala w 2024 roku dla grup zabiegowych

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

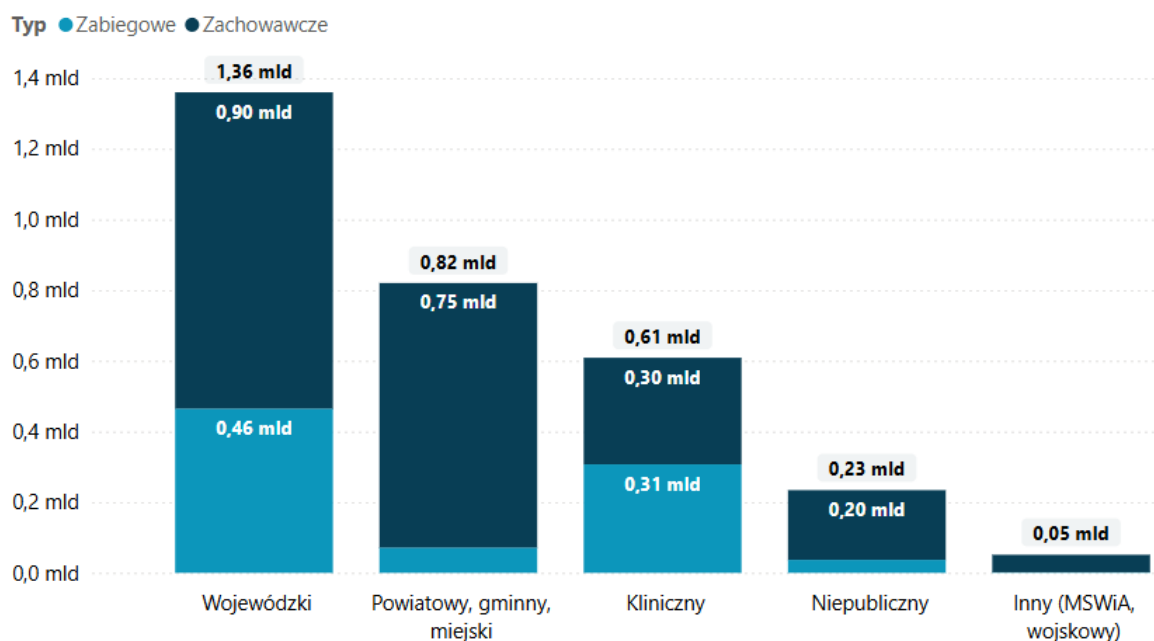
W grupach zachowawczych struktura jest bardziej rozproszona, z istotnym udziałem szpitali powiatowych, co sugeruje większą dostępność świadczeń o niższej złożoności.



Rysunek 8 Struktura liczby świadczeń z obszaru chorób układu oddechowego oraz liczba realizatorów w podziale na kategorię szpitala w 2024 roku dla grup zachowawczych

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

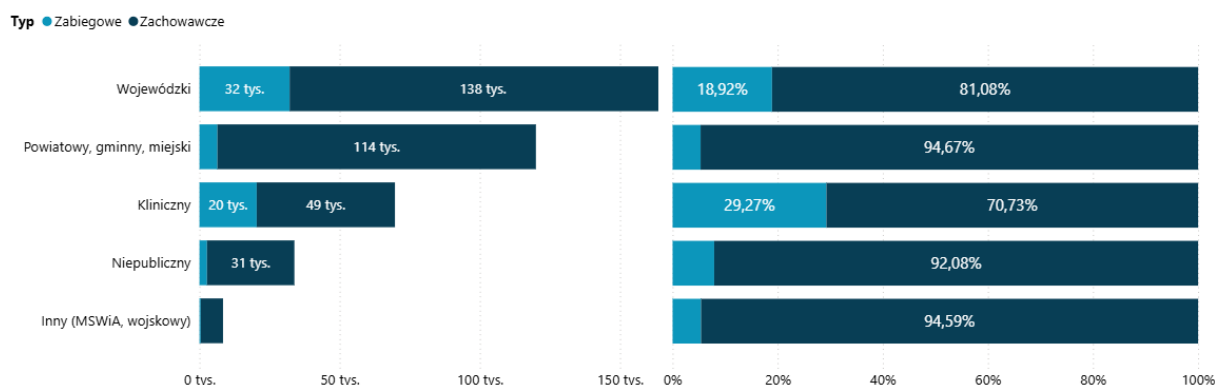
Największa wartość świadczeń generowana jest w szpitalach wojewódzkich, zarówno w grupach zabiegowych, jak i zachowawczych, co potwierdza koncentrację finansowania w tej kategorii podmiotów leczniczych.



Rysunek 9 Struktura wartości świadczeń z obszaru chorób układu oddechowego w 2024 roku w podziale na kategorię szpitala i typ grupy

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Świadczenia zachowawcze stanowią zdecydowaną większość (ok. 70–95%) w każdej kategorii szpitali, przy stosunkowo wyższym udziale świadczeń zabiegowych w szpitalach klinicznych i wojewódzkich.

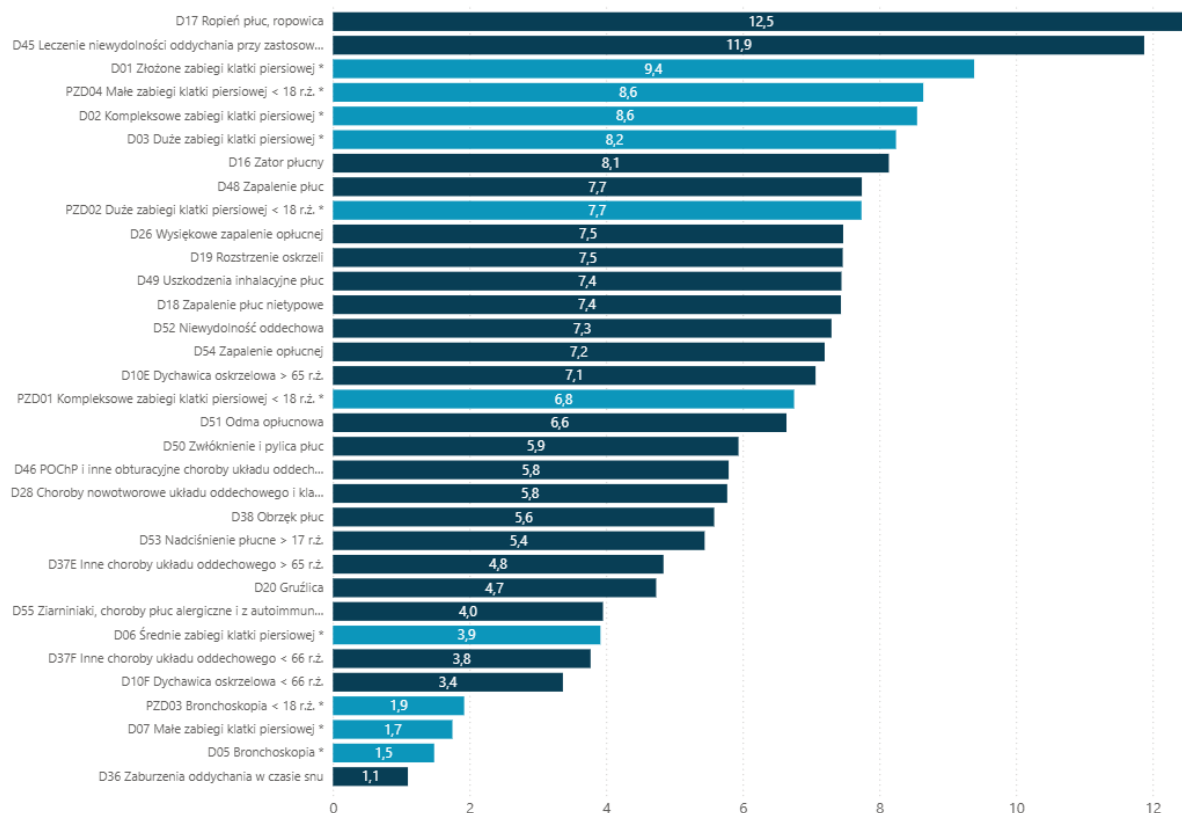


Rysunek 10 Struktura liczby świadczeń w ujęciu liczbowym i procentowym w 2024 roku w podziale na kategorię szpitala i typ grupy

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Przyglądając się średnim czasom pobytu pacjentów rozliczanych poszczególnymi grupami JGP, widać, że jedne z dłuższych średnich czasów hospitalizacji występują w wybranych grupach zabiegowych (w czołówce tylko 2 grupy zachowawcze) i ciężkich stanach klinicznych, natomiast najkrótszy w procedurach diagnostycznych (np. bronchoskopia).

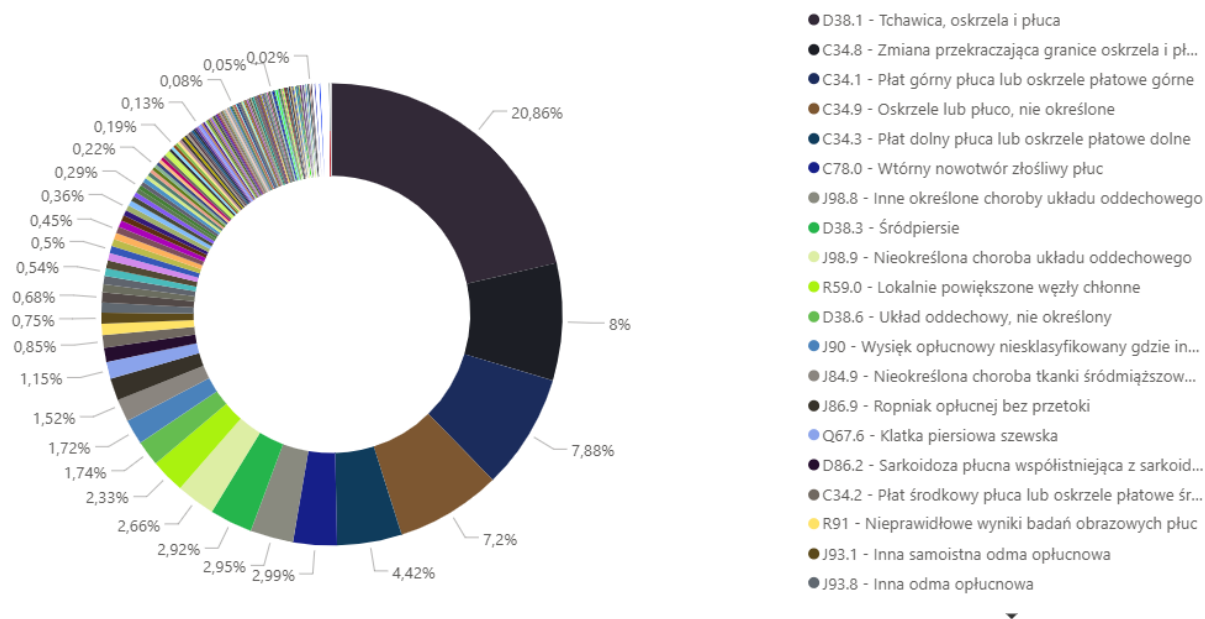
Typ ● Zabiegowe ● Zachowawcze



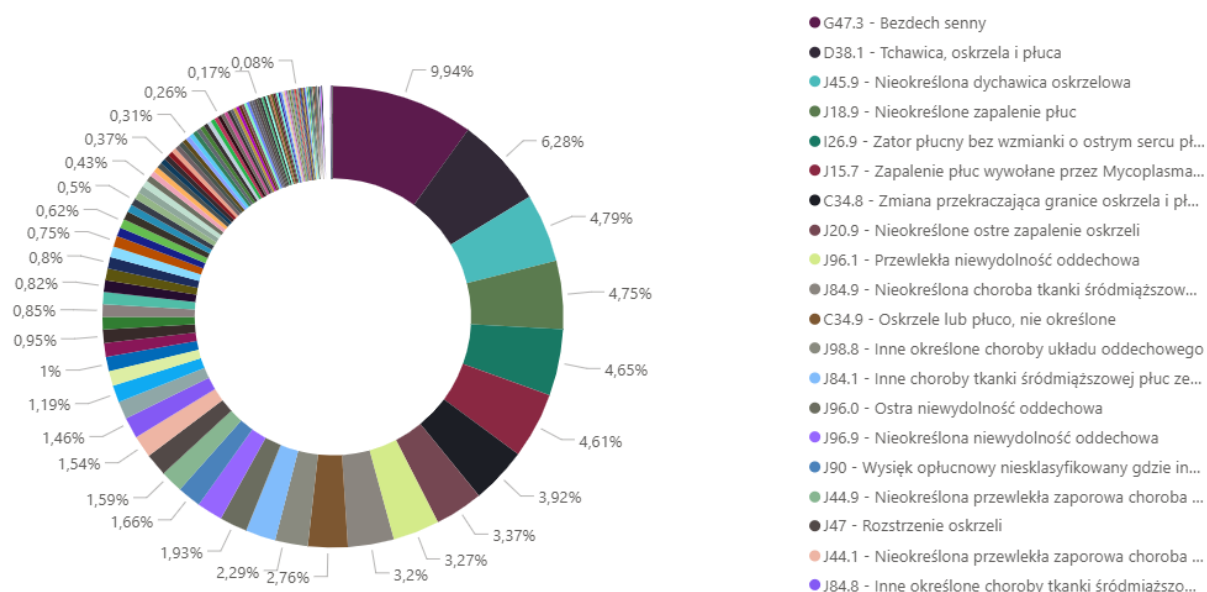
Rysunek 11 Średni czas pobytu pacjenta [w dniach] rozliczonego daną grupą JGP w 2024 roku

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Struktura rozpoznań głównych w grupach zabiegowych jest rozproszona, jednak widoczny jest dominujący udział rozpoznań nowotworowych (sekcja rozpoznań C i D), co wskazuje na koncentrację świadczeń w określonych wskazaniach.



W grupach zachowawczych widoczna jest większa dominacja najczęstszych rozpoznań (np. choroby układu oddechowego i snu), co odzwierciedla epidemiologię tych schorzeń.



Rysunek 13 Struktura liczby świadczeń w podziale na rozpoznania główne zgodnie z ICD-10 w obszarze chorób układu oddechowego w 2024 roku dla grup zachowawczych

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Realizacja procedur kierunkowych w grupach zabiegowych jest silnie skoncentrowana w kilku dominujących procedurach takich jak np. bronchoskopia czy resekcje płuca, które stanowią większość realizacji w swoich grupach.

Tabela 12 Realizacja procedur kierunkowych w JGP zabiegowych z sekcji D w 2024 roku

JGP	Procedury	Liczba świadczeń z procedurą	Udział % świadczeń
D01 ZŁOŻONE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ	40.59 Doszczętne wycięcie węzłów chłonnych - inne	4 862	100,00%
	33.22 Bronchoskopia fiberoskopowa	4 329	89,04%
	32.49 Lobektomia - inna	3 653	75,13%
	32.3 Segmentowa resekcja płuca	935	19,23%
	33.239 Bronchoskopia - inna	218	4,48%
	34.26 Otwarta biopsja śródpiersia	206	4,24%
	34.29 Zabiegi diagnostyczne śródpiersia - inne	129	2,65%
	32.41 Lobektomia z wycięciem segmentu drugiego płata	120	2,47%
	32.52 Wycięcie płuca z rozdzieleniem śródpiersia	101	2,08%
	32.59 Całkowite usunięcie płuca nieokreślone inaczej	62	1,28%
	34.22 Wziernikowanie śródpiersia (mediastinoskopia)	61	1,25%
	32.6 Radykalna resekcja struktur klatki piersiowej	50	1,03%

JGP	Procedury	Liczba świadczeń z procedurą	Udział % świadczeń
D01 ZŁOŻONE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ Suma		4 862	100,00%
D02 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ	32.292 Klinowe wycięcie płuca	4 183	56,74%
	34.51 Dekortyzacja płuca	1 275	17,30%
	32.49 Lobektomia - inna	510	6,92%
	32.3 Segmentowa resekcja płuca	433	5,87%
	32.9 Inne wycięcia płuc	425	5,77%
	31.791 Wprowadzenie stałej endoprotezy tchawiczo-oskrzelowej	273	3,70%
	32.6 Radykalna resekcja struktur klatki piersiowej	272	3,69%
	33.48 Zabiegi naprawcze i plastyczne oskrzeli - inne	84	1,14%
	33.34 Torakoplastyka	81	1,10%
	31.731 Wycięcie przetoki tchawiczo - przętkowej	30	0,41%
	31.75 Rekonstrukcja tchawicy i wytworzenie sztucznej krtani	29	0,39%
	33.99 Operacje płuc - inne	22	0,30%
	32.52 Wycięcie płuca z rozdzieleniem śródpiercia	17	0,23%
	32.59 Całkowite usunięcie płuca nieokreślone inaczej	14	0,19%
	33.49 Zabiegi naprawcze i plastyczne płuca - inne	10	0,14%
	32.41 Lobektomia z wycięciem segmentu drugiego płata	9	0,12%
	33.423 Wycięcie przetoki oskrzelowo-przętkowej	2	0,03%
	33.421 Zamknięcie bronchostomii	1	0,01%
	32.1 Inne wycięcia oskrzela	1	0,01%
D02 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ Suma		7 372	100,00%
D03 DUŻE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ	34.21 Torakoscopia przezopłucnowa	2 657	45,31%
	34.3 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki śródpiercia	811	13,83%
	34.79 Zabiegi naprawcze ściany klatki piersiowej - inne	615	10,49%
	34.22 Wziernikowanie śródpiercia (mediastinoskopia)	390	6,65%
	34.093 Otwarty drenaż klatki piersiowej	328	5,59%
	34.02 Torakotomia zwiadowcza	311	5,30%
	34.26 Otwarta biopsja śródpiercia	282	4,81%
	53.7 Operacja przepukliny przeponowej (dostęp brzuszny)	249	4,25%
	34.4 Zniszczenie lub wycięcie zmiany ze ściany klatki piersiowej (z usunięciem żeber)	151	2,58%
	34.742 Zabieg naprawczy klatki piersiowej: lejkowatej z wszczepem	109	1,86%
	34.03 Retorakotomia przez ranę operacyjną	91	1,55%
	31.791 Wprowadzenie stałej endoprotezy tchawiczo-oskrzelowej	90	1,53%

JGP	Procedury	Liczba świadczeń z procedurą	Udział % świadczeń
	34.1 Nacięcie śródpiersia	68	1,16%
	34.84 Inne zabiegi naprawcze przepony	61	1,04%
	07.82 Całkowite usunięcie grasicy	60	1,02%
	33.28 Otwarta biopsja płuca	59	1,01%
	32.291 Miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki płuca nieokreślone inaczej	38	0,65%
	53.81 Plikacja przepony	26	0,44%
	34.82 Szycie rany przepony	24	0,41%
	34.6 Skaryfikacja opłucnej	23	0,39%
	32.21 Plikacja pęcherza rozedmowego	20	0,34%
	07.95 Torakoskopowe wycięcie grasicy	18	0,31%
	34.89 Operacje przepony - inne	15	0,26%
	34.81 Wycięcie zmiany lub tkanki przepony	13	0,22%
	34.741 Zabieg naprawczy klatki piersiowej: kurzej z wszczepem	11	0,19%
	53.89 Operacja przepukliny przeponowej - dostęp piersiowy - inna	7	0,12%
	07.89 Usunięcie grasicy - inne	6	0,10%
	33.98 Inne operacje na oskrzelu	6	0,10%
	07.81 Częściowe usunięcie grasicy	3	0,05%
	34.72 Zamknięcie torakostomii	2	0,03%
	34.732 Zamknięcie przetoki:oskrzelowo-opłucnowo-skórnej	2	0,03%
	33.41 Szycie rany oskrzela	2	0,03%
	33.1 Nacięcie płuca	1	0,02%
	34.731 Zamknięcie przetoki: oskrzelowo-opłucnowej	1	0,02%
	34.831 Wycięcie przetoki piersiowo-brzuszej	1	0,02%
D03 DUŻE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ Suma		5 864	100,00%
D05 BRONCHOSKOPIA	33.22 Bronchoskopia fiberoskopowa	6 084	78,23%
	33.24 Endoskopowa biopsja oskrzela	1 572	20,21%
	33.239 Bronchoskopia - inna	230	2,96%
	33.231 Bronchoskopia autofluorescencyjna	30	0,39%
	33.272 Przezoskrzelowa biopsja płuca	26	0,33%
	98.15 Usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia	13	0,17%
D05 BRONCHOSKOPIA Suma		7 777	100,00%
D06 ŚREDNIE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ	33.273 Przezoskrzelowa biopsja śródpiersia lub płuca pod kontrolą ultrasonograficzną	23 142	86,63%
	33.232 Bronchoskopia interwencyjna	3 913	14,65%
D06 ŚREDNIE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ Suma		26 714	100,00%
D07 MAŁE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ	33.26 Przezskórna igłowa biopsja płuca	5 481	68,70%
	34.041 Drenaż jamy opłucnowej	1 583	19,84%
	34.29 Zabiegi diagnostyczne śródpiersia - inne	451	5,65%
	97.49 Usunięcie innego przyrządu terapeutycznego z klatki piersiowej	269	3,37%
	34.71 Szycie rany ściany klatki piersiowej	188	2,36%
	34.01 Nacięcie ściany klatki piersiowej	132	1,65%

JGP	Procedury	Liczba świadczeń z procedurą	Udział % świadczeń
	34.042 Zamknięty drenaż klatki piersiowej	98	1,23%
	34.921 Pleurodeza środkiem chemicznym	50	0,63%
	34.24 Biopsja optucnej	29	0,36%
	34.923 Wlew kroplowy do jamy klatki piersiowej	1	0,01%
	32.09 Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki oskrzela	1	0,01%
	32.01 Endoskopowe wycięcie lub zniszczenie zmiany tkanki oskrzela	1	0,01%
	34.043 Operacja rewizyjna cewnika międzyżebrowego (drenażu jamy optucnowej) (z uwolnieniem zrostów)	1	0,01%
D07 MAŁE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ Suma		7 978	100,00%
PZD01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż.	33.34 Torakoplastyka	345	61,06%
	34.51 Dekortykacja płuca	86	15,22%
	32.292 Klinowe wycięcie płuca	72	12,74%
	32.3 Segmentowa resekcja płuca	23	4,07%
	32.9 Inne wycięcia płuc	16	2,83%
	33.99 Operacje płuc - inne	15	2,65%
	32.49 Lobektomia - inna	9	1,59%
	32.6 Radykalna resekcja struktur klatki piersiowej	6	1,06%
	33.49 Zabiegi naprawcze i plastyczne płuca - inne	2	0,35%
	32.41 Lobektomia z wycięciem segmentu drugiego płata	1	0,18%
	32.52 Wycięcie płuca z rozdzieleniem śródpiersia	1	0,18%
PZD01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż. Suma		565	100,00%
PZD02 DUŻE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż.	34.21 Torakoscopia przezoptucnowa	118	36,53%
	34.79 Zabiegi naprawcze ściany klatki piersiowej - inne	82	25,39%
	34.742 Zabieg naprawczy klatki piersiowej: lejkowatej z wszczepem	45	13,93%
	34.3 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki śródpiersia	19	5,88%
	32.291 Miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki płuca nieokreślone inaczej	19	5,88%
	34.02 Torakotomia zwiadowcza	14	4,33%
	53.7 Operacja przepukliny przeponowej (dostęp brzuszny)	13	4,02%
	34.093 Otwarty drenaż klatki piersiowej	9	2,79%
	34.4 Zniszczenie lub wycięcie zmiany ze ściany klatki piersiowej (z usunięciem żeber)	8	2,48%
	34.1 Nacięcie śródpiersia	5	1,55%
	07.95 Torakoskopowe wycięcie grasicy	5	1,55%
	34.26 Otwarta biopsja śródpiersia	5	1,55%
	34.84 Inne zabiegi naprawcze przepony	4	1,24%
	34.741 Zabieg naprawczy klatki piersiowej: kurzej z wszczepem	4	1,24%

JGP	Procedury	Liczba świadczeń z procedurą	Udział % świadczeń
	34.6 Skaryfikacja opłucnej	4	1,24%
	34.82 Szycie rany przepony	3	0,93%
	33.28 Otwarta biopsja płuca	3	0,93%
	53.81 Plikacja przepony	3	0,93%
	33.98 Inne operacje na oskrzeliu	2	0,62%
	34.03 Retorakotomia przez ranę operacyjną	2	0,62%
	34.89 Operacje przepony - inne	1	0,31%
	33.41 Szycie rany oskrzela	1	0,31%
	07.89 Usunięcie grasicy - inne	1	0,31%
	53.89 Operacja przepukliny przeponowej - dostęp piersiowy - inna	1	0,31%
	07.82 Całkowite usunięcie grasicy	1	0,31%
	34.22 Wziernikowanie śródpiersia (mediastinoskopia)	1	0,31%
PZD02 DUŻE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż. Suma		323	100,00%
PZD03 BRONCHOSKOPIA < 18 R.Ż.	33.22 Bronchoskopia fiberoskopowa	290	88,15%
	33.239 Bronchoskopia - inna	36	10,94%
	98.15 Usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia	6	1,82%
	33.24 Endoskopowa biopsja oskrzela	6	1,82%
	33.271 Fiberoskopowa bronchoskopia pod kontrolą fluoroskopii	2	0,61%
PZD03 BRONCHOSKOPIA < 18 R.Ż. Suma		329	100,00%
PZD04 MAŁE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż.	34.041 Drenaż jamy opłucnowej	174	53,37%
	97.49 Usunięcie innego przyrządu terapeutycznego z klatki piersiowej	125	38,34%
	34.71 Szycie rany ściany klatki piersiowej	12	3,68%
	34.042 Zamknięty drenaż klatki piersiowej	11	3,37%
	34.01 Nacięcie ściany klatki piersiowej	10	3,07%
	34.29 Zabiegi diagnostyczne śródpiersia - inne	2	0,61%
	07.16 Biopsja grasicy	2	0,61%
	34.921 Pleurodeza środkiem chemicznym	1	0,31%
PZD04 MAŁE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ < 18 R.Ż. Suma		326	100,00%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W poniższej tabeli przedstawiono obecne przyporządkowanie procedur wykonywanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Procedury te związane są z obszarem chorób układu oddechowego.

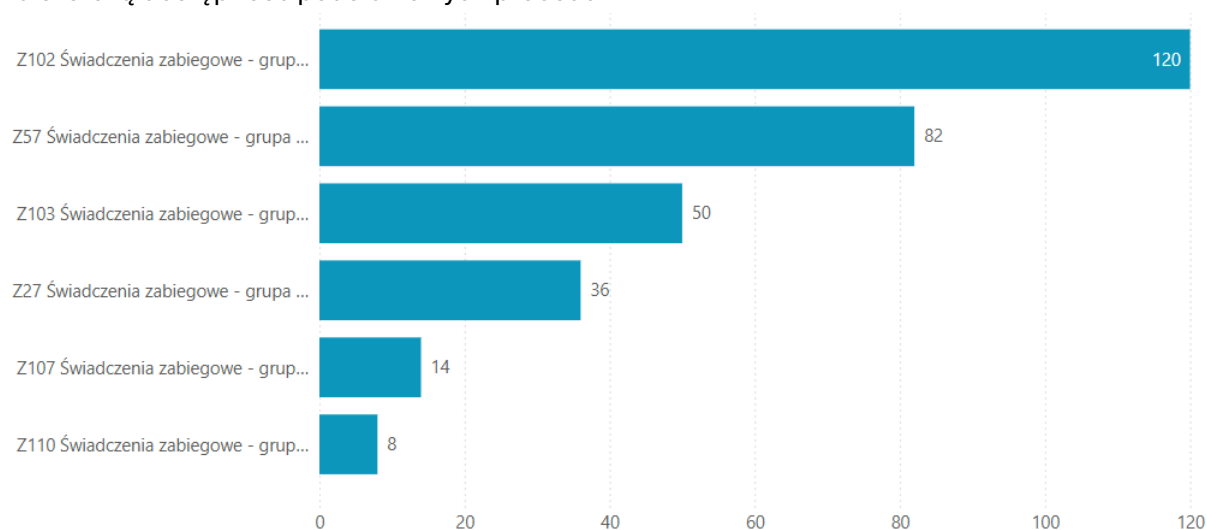
Tabela 13 Obecne przyporządkowanie procedur zabiegowych do poszczególnych grup świadczeń w AOS

Nazwa świadczenia AOS	Procedura
Z27 Świadczenia zabiegowe - grupa 27	97.41 Usunięcie drenu torakotomijnego lub drenu z jamy opłucnowej
Z57 Świadczenia zabiegowe - grupa 57	33.21 Bronchoskopia przez przetokę
	33.22 Bronchoskopia fiberoskopowa
	33.231 Bronchoskopia autofluorescencyjna
	33.239 Bronchoskopia – inna
Z102 Świadczenia zabiegowe - grupa 102	34.041 Drenaż jamy opłucnowej

Nazwa świadczenia AOS	Procedura
	34.092 Nakłucie międzyżebra
	34.095 Nakłucie opłucnej – punkcja odbarczająca
	34.71 Szycie rany ściany klatki piersiowej
	34.91 Nakłucie klatki piersiowej
	98.15 Usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia
Z103 Świadczenia zabiegowe - grupa 103	34.094 Nakłucie opłucnej – pobranie materiału do analiz
	34.23 Biopsja ściany klatki piersiowej
	34.24 Biopsja opłucnej
	34.25 Przeszkórna igłowa biopsja śródpiersia
Z107 Świadczenia zabiegowe - grupa 107	32.09 Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki oskrzela
	33.24 Endoskopowa biopsja oskrzela
	33.272 Przezoskrzelowa biopsja płuca
Z110 Świadczenia zabiegowe - grupa 110	33.26 Przeszkórna igłowa biopsja płuca

Źródło: Opracowanie własne na podstawie załącznika 5a do zarządzenia nr 132/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31.12.2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późn. zm.

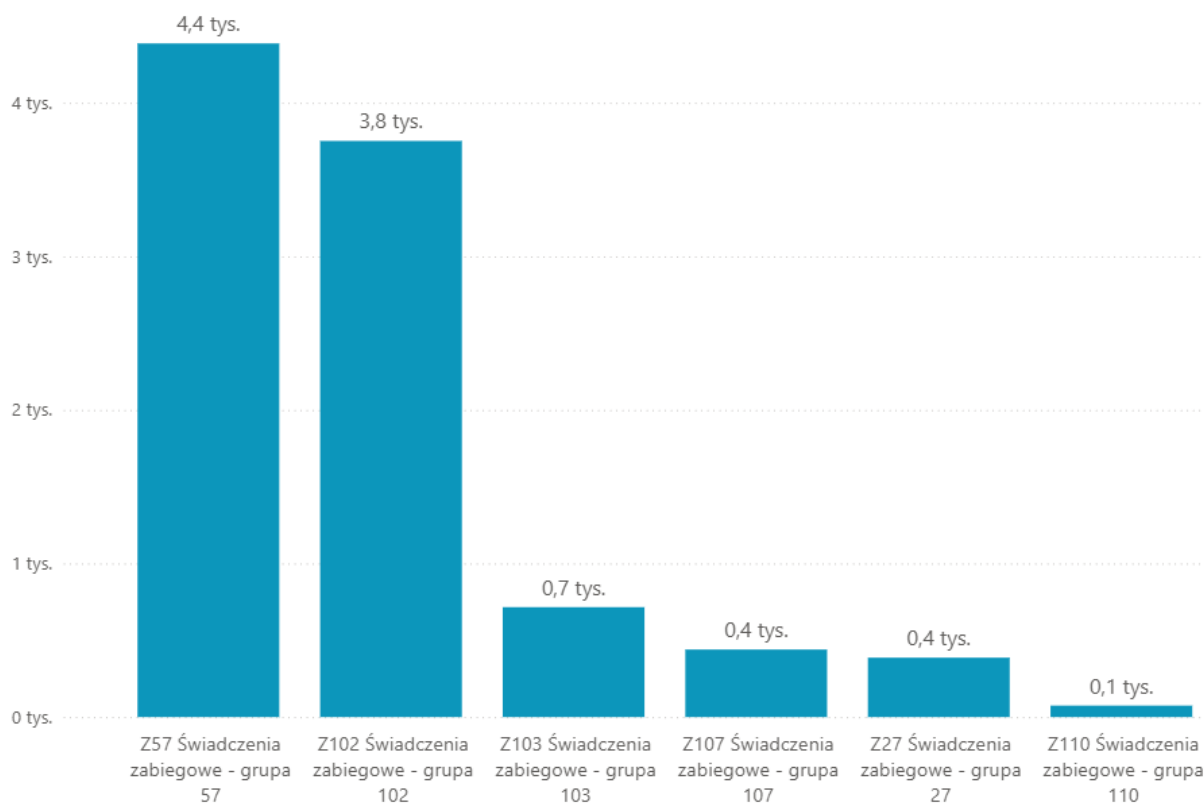
Największa liczba realizatorów dotyczy wybranych grup zabiegowych (np. Z102, Z57), co wskazuje na szeroką dostępność podstawowych procedur.



Rysunek 14 Liczba realizatorów wybranych świadczeń zabiegowych w AOS w 2024 roku

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

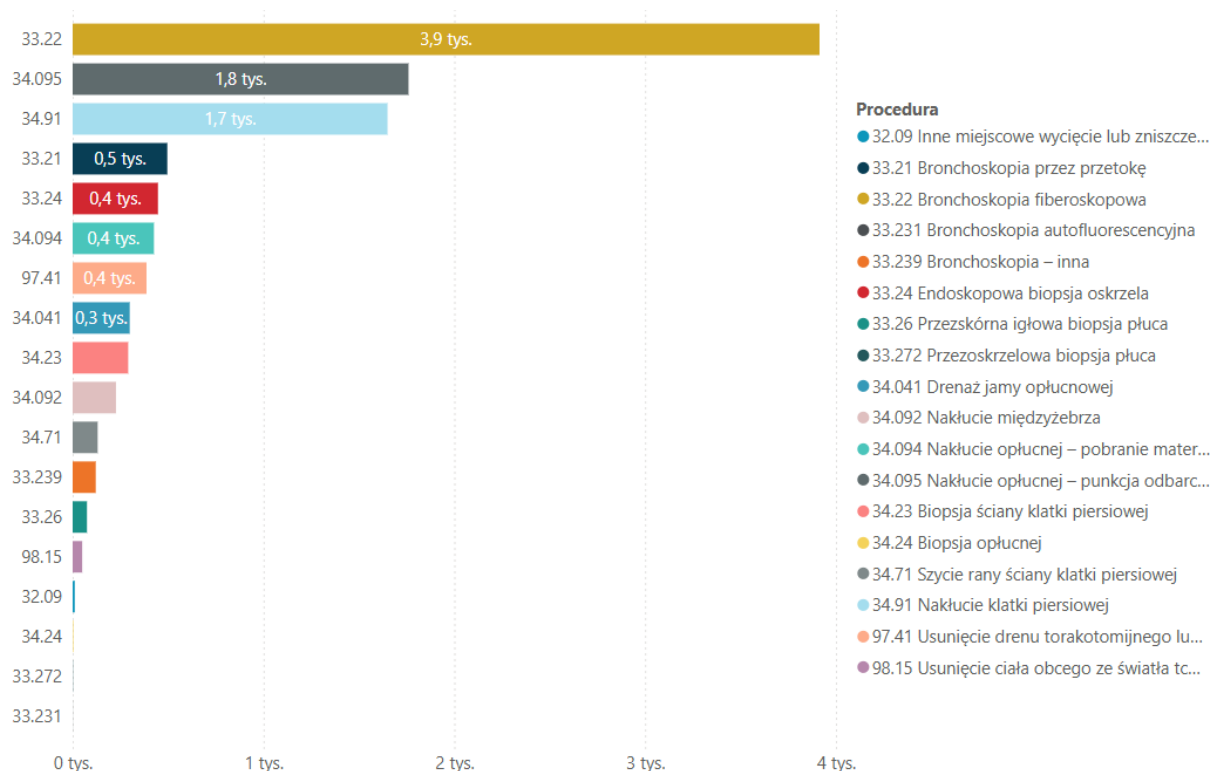
Największa liczba świadczeń w AOS koncentruje się w grupach Z57 i Z102, co wskazuje na dominację określonych typów procedur w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.



Rysunek 15 Liczba świadczeń przypisanych do poszczególnych grup zabiegowych w AOS w 2024 roku

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Przyglądając się poszczególnym procedurom widoczna jest silna koncentracja realizacji w kilku procedurach (np. bronchoskopia fiberoskopowa), które stanowią większość wszystkich świadczeń zabiegowych w AOS.



Rysunek 16 Realizacja procedur ICD-9 sprawozdawanych w ramach wybranych świadczeń zabiegowych AOS z obszaru chorób układu oddechowego w 2024 roku

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Jak już z powyższych wykresów czy tabel można było zauważyć największa liczba procedur realizowana jest w grupach Z57 i Z102, a dominującą procedurą pozostaje bronchoskopia, co potwierdza jej kluczowe znaczenie w AOS oraz w szeroko rozumianej diagnostyce pulmonologicznej.

Tabela 14 Liczba wykonanych procedur zabiegowych w AOS z obszaru chorób układu oddechowego w podziale na świadczenia (grupy), w których były sprawozdane w 2024 roku

Procedury	Z27	Z57	Z102	Z103	Z107	Z110	Suma
32.09 Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki oskrzela					11		11
33.21 Bronchoskopia przez przetokę		496					496
33.22 Bronchoskopia fiberoskopowa		3 914					3 914
33.231 Bronchoskopia autofluorescencyjna		1					1
33.239 Bronchoskopia – inna		121					121
33.24 Endoskopowa biopsja oskrzela					447		447
33.26 Przezskórna igłowa biopsja płuca						75	75
33.272 Przezoskrzelowa biopsja płuca					2		2
34.041 Drenaż jamy opłucnowej			299				299
34.092 Nakłucie międzyżebra			227				227
34.094 Nakłucie opłucnej – pobranie materiału do analiz				426			426
34.095 Nakłucie opłucnej – punkcja odbarczająca			1 760				1 760
34.23 Biopsja ściany klatki piersiowej				291			291
34.24 Biopsja opłucnej				4			4
34.71 Szycie rany ściany klatki piersiowej			131				131

Procedury	Z27	Z57	Z102	Z103	Z107	Z110	Suma
34.91 Nakłucie klatki piersiowej			1 650				1 650
97.41 Usunięcie drenu torakotomijnego lub drenu z jamy opłucnowej	387						387
98.15 Usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia			50				50
Suma	387	4 532	4 117	721	460	75	10 292

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Liczba lekarzy

Analiza danych dotyczących liczby aktywnych zawodowo lekarzy w latach 2019–2024 wskazuje na istotne różnice pomiędzy analizowanymi dziedzinami. Najliczniejszą grupę stanowili lekarze chorób płuc – ich liczba w latach 2019–2021 oscylowała w okolicach 2,6 tys. osób, jednak od 2022 roku obserwowany jest stopniowy spadek liczby lekarzy w tej dziedzinie do 2 557 w 2024 roku. W przypadku specjalistów z dziedziny chorób płuc dzieci obserwowany jest systematyczny wzrost liczby lekarzy – z 72 w 2019 roku do 132 w 2024 roku. Chirurgia klatki piersiowej charakteryzowała się stabilnym poziomem zatrudnienia, mieszcząc się w przedziale 261–271 osób, bez wyraźnego trendu wzrostowego lub spadkowego.

Tabela 15 Zróżnicowanie dostępności kadr lekarskich z dziedziny chorób płuc, chorób płuc dzieci oraz chirurgii klatki piersiowej w latach 2019–2024

Dziedzina	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Choroby płuc	2 625	2 597	2 603	2 584	2 575	2 557
Choroby płuc dzieci	72	93	110	123	126	132
Chirurgia klatki piersiowej	261	269	269	271	269	266

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych BASiW

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę lekarzy z dziedziny chorób płuc, chorób płuc dzieci oraz chirurgii klatki piersiowej w 2024 roku, wraz ze wskaźnikiem liczby lekarzy przypadających na 100 tys. mieszkańców ogółem. W analizowanym roku w specjalizacji choroby płuc pracowało 2 557 lekarzy, co odpowiada wskaźnikowi 6,8 na 100 tys. mieszkańców ogółem. W przypadku chorób płuc dzieci liczba lekarzy wynosiła 132, a wskaźnik nasycenia kadrami kształtował się na poziomie 0,4 na 100 tys. mieszkańców ogółem oraz na 1,85 na 100 tys. mieszkańców w wieku do 18 lat (na podstawie liczby ludności z Głównego Urzędu Statystycznego). Chirurgia klatki piersiowej obejmowała 266 lekarzy, co przekładało się na wskaźnik 0,7 na 100 tys. mieszkańców ogółem. Zestawienie ilustruje zróżnicowanie liczebności kadr lekarskich pomiędzy poszczególnymi specjalizacjami chirurgicznymi, zarówno w ujęciu bezwzględnym, jak i względnym.

Tabela 16 Liczba lekarzy z dziedziny chorób płuc, chorób płuc dzieci oraz chirurgii klatki piersiowej w 2024 roku

Dziedzina	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców
Choroby płuc	2 557	6,8
Choroby płuc dzieci	132	0,4
Chirurgia klatki piersiowej	266	0,7

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych BASiW

Liczba oddziałów

Na przestrzeni analizowanych lat liczba oddziałów w poszczególnych dziedzinach wykazywała zróżnicowane tendencje. Oddziały chorób płuc stanowiły najliczniejszą grupę i charakteryzowały się względną stabilnością – ich liczba wahała się od 160 do 167, osiągając liczbę 164 oddziałów w 2024 roku. W przypadku chorób płuc dzieci obserwowano wyraźny trend spadkowy – z 18 oddziałów w latach 2019–2020 do 14 w 2024 roku. Natomiast liczba oddziałów chirurgii klatki piersiowej pozostawała zasadniczo stabilna, na poziomie 31–32 oddziałów w latach 2019–2023, a w 2024 roku wzrosła do 34 oddziałów.

Tabela 17 Liczba oddziałów chorób płuc, chorób płuc dla dzieci oraz chirurgii klatki piersiowej w latach 2019–2024

Dziedzina	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Choroby płuc	167	160	163	160	162	164
Choroby płuc dzieci	18	18	16	16	15	14
Chirurgia klatki piersiowej	32	32	32	31	32	34

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych BASiW

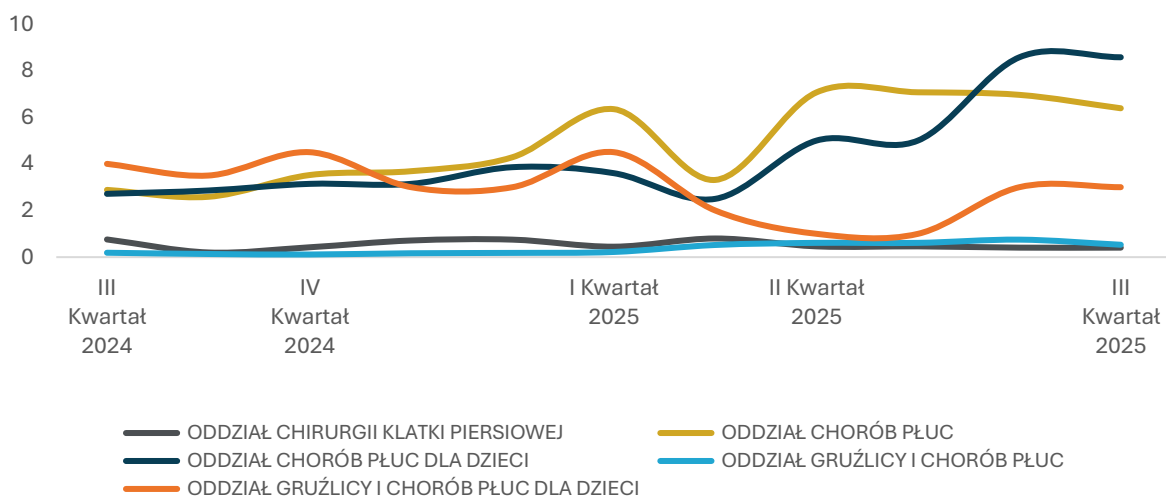
Kolejki oczekujących

Przeprowadzono analizę średniego czasu oczekiwania oraz średniej liczby pacjentów oczekujących na oddziałach chirurgii klatki piersiowej, chorób płuc oraz na oddziałach gruźlicy i chorób płuc w okresie od sierpnia 2024 r. do lipca 2025 r. Analiza została wykonana z uwzględnieniem podziału na przypadki stabilne oraz pilne. Źródłem danych były informacje sprawozdawcze pozyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dla przypadków pilnych średnia liczba osób oczekujących kształtowała się następująco:

- dla oddziału chorób płuc – 5 osób oraz oddziału gruźlicy i chorób płuc – 1 osoba,
- dla oddziału chorób płuc dla dzieci – 5 osób, a dla oddziału gruźlicy i chorób płuc dla dzieci – 3 osoby,
- dla oddziału chirurgii klatki piersiowej – 1 osoby.

Dane przedstawia poniższy wykres.



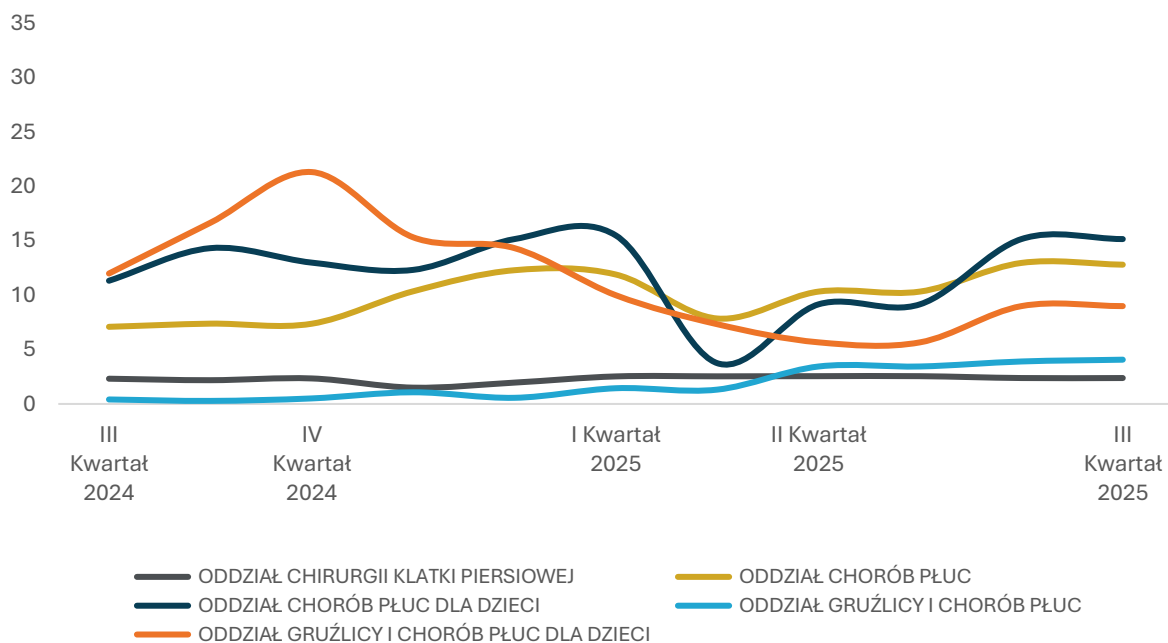
Rysunek 17 Średnia liczba osób oczekujących - przypadki pilne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średni czas oczekiwania w badanym okresie dla przypadków pilnych wynosił odpowiednio:

- dla oddziału chorób płuc 10,2 dni, a dla oddziału gruźlicy i chorób płuc – 2,3 dni,
- dla oddziału chorób płuc dla dzieci ponad 15,5 dni, a dla oddziału gruźlicy i chorób płuc dla dzieci 7,7 dni,
- dla oddziału chirurgii klatki piersiowej – 2,4 dni.

Dane przedstawiono na poniższym wykresie.



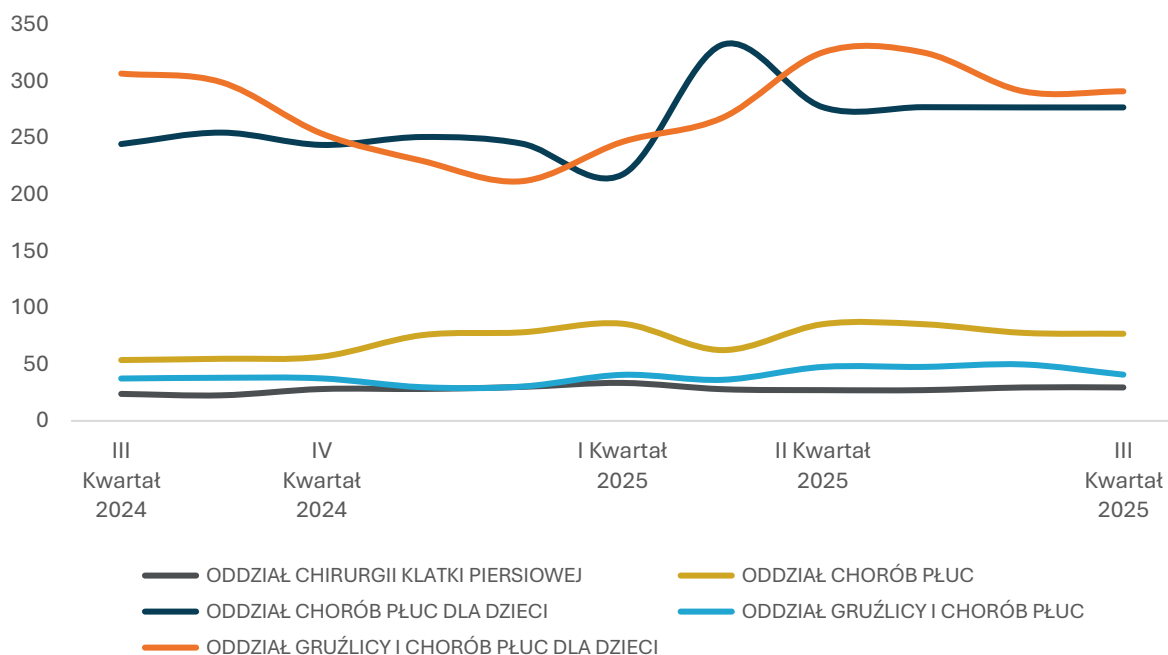
Rysunek 18 Średni czas oczekiwania [dni] - przypadki pilne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W odniesieniu do przypadków stabilnych, średnia liczba osób oczekujących wynosiła:

- dla oddziału chorób płuc - 75 osób, a dla oddziału gruźlicy i chorób płuc – 40 osób,
- dla oddziału chorób płuc dla dzieci - 261 osoby, a dla oddziału gruźlicy i chorób płuc dla dzieci 277 osoby,
- dla oddziału chirurgii klatki piersiowej – 28 osób.

Dane przedstawiono na poniższym wykresie.



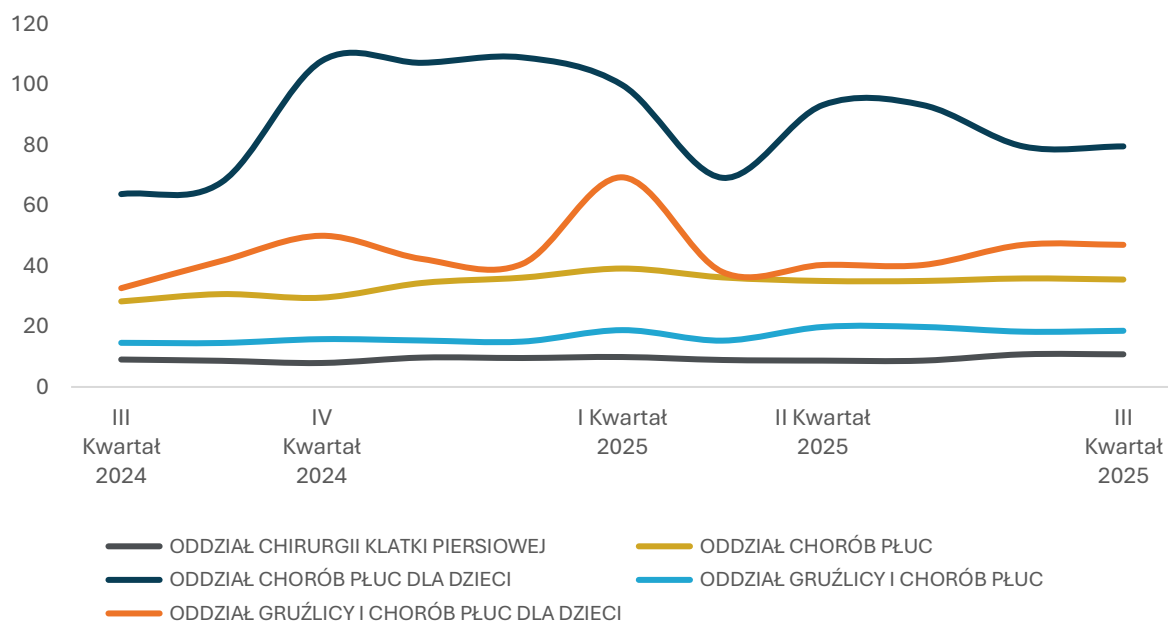
Rysunek 19 Średnia liczba osób oczekujących - przypadki stabilne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wynosił odpowiednio:

- dla oddziału chorób płuc 35,5 dni, a dla oddziału gruźlicy i chorób płuc – 17,7 dni,
- dla oddziału chorób płuc dla dzieci – 98,8 dni, a dla oddziału gruźlicy i chorób płuc dla dzieci 44,5 dni,
- dla oddziału chirurgii klatki piersiowej – 9,5 dni.

Dane przedstawia poniższy wykres.



Rysunek 20 Średni czas oczekiwania [dni] – przypadki stabilne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

2.4 Stan finansowania w innych krajach

W celu porównania sposobu i poziomu finansowania świadczeń dotyczących chorób układu oddechowego przeanalizowano najnowsze publicznie dostępne dokumenty taryfowe dla Anglii i Niemiec obowiązujące w 2026 r. Dla Anglii podstawę analizy stanowi 2026/27 NHS Payment Scheme, opublikowany przez NHS England 26 marca 2026 r. i obowiązujący od 1 kwietnia 2026 r. Dla Niemiec wykorzystano aktualny katalog grup szpitalnych na 2026 r., opublikowany przez właściwą instytucję odpowiedzialną za system rozliczeń szpitalnych.

Należy zaznaczyć, że bezpośrednie porównywanie kwot między krajami jest ograniczone ze względu na odmienną konstrukcję systemów finansowania. W Anglii ceny są ustalane centralnie w ramach systemu NHS, jednak część świadczeń może być rozliczana w modelach mieszanych lub na podstawie uzgodnień lokalnych. W Niemczech katalog grup ma charakter krajowy, natomiast ostateczna wartość świadczenia zależy od regionalnej wartości bazowej obowiązującej w danym kraju związkowym.

Anglia

Od 1 kwietnia 2026 r. w Anglii obowiązuje 2026/27 NHS Payment Scheme. System ten obejmuje cztery główne mechanizmy płatności: płatność mieszaną z elementem motywacyjnym, płatności blokowe dla relacji o niskiej wartości, płatność zależną od aktywności oraz uzgodnienia lokalne. Większość planowej aktywności szpitalnej realizowanej przez świadczeniodawców NHS jest rozliczana z wykorzystaniem cen jednostkowych określonych w systemie płatności NHS.

Istotnym ograniczeniem aktualnej analizy jest status cen opublikowanych na rok 2026/27. NHS England wskazał, że obecnie dostępny arkusz cenowy zawiera ceny wstępne. Po zakończeniu uzgodnień dotyczących kosztów płacowych ma zostać opublikowana zaktualizowana wersja cen, obowiązująca wstecznie od 1.04.2026 r. Oznacza to, że obecne dane można uznać za najnowsze oficjalnie opublikowane, ale nie za ostateczne.

Z tego względu w przypadku Anglii w raporcie zasadne jest ograniczenie szczegółowych porównań kwotowych do minimum i skoncentrowanie się na opisie mechanizmu finansowania oraz zastrzeżeniu, że dane liczbowe mogą wymagać ponownej weryfikacji po publikacji zaktualizowanego arkusza cenowego.¹⁴

Niemcy

W Niemczech w 2026 r. obowiązuje aktualny katalog grup szpitalnych, w którym poszczególne hospitalizacje są przypisywane do grup rozliczeniowych według rozpoznania, wykonanych procedur, wieku pacjenta, czasu hospitalizacji oraz stopnia złożoności przypadku. Wartość finansowania danej grupy wynika z przemnożenia jej wagi przez regionalną wartość bazową obowiązującą w danym kraju związkowym.

W przypadku świadczeń dotyczących chorób układu oddechowego katalog obejmuje zarówno grupy zachowawcze, jak i zabiegowe oraz onkologiczne. W grupach zabiegowych wysokie wartości osiągają przede wszystkim duże zabiegi w obrębie klatki piersiowej, zwłaszcza przypadki o najwyższej złożoności klinicznej. W części onkologicznej wyodrębniono grupy dotyczące

¹⁴ NHS England, 2026/27 NHS Payment Scheme, opublikowano 26.03.2026 r., aktualizacja strony 01.04.2026 r.: <https://www.england.nhs.uk/publication/2026-27-nhs-payment-scheme/>

nowotworów układu oddechowego, których wartość zależy m.in. od zastosowanych procedur diagnostycznych lub leczniczych oraz obecności ciężkich chorób współistniejących.

W odróżnieniu od Anglii, niemieckie dane taryfowe na 2026 r. są bardziej stabilne z punktu widzenia bieżącej analizy, ponieważ katalog grup oraz mechanizm przeliczania wartości świadczeń zostały już opublikowane. Należy jednak pamiętać, że ta sama grupa może mieć różną wartość pieniężną w zależności od kraju związkowego, co powinno zostać uwzględnione przy interpretacji wyników.¹⁵

Wnioski

Aktualizacja danych za 2026 r. wskazuje, że system angielski pozostaje bardziej scentralizowany, ale w momencie przygotowania analizy ceny dla 2026/27 mają jeszcze charakter wstępny. System niemiecki jest bardziej jednoznaczny pod względem konstrukcji katalogu i sposobu przeliczania wartości świadczeń, natomiast wymaga uwzględnienia różnic regionalnych.

W konsekwencji w raporcie rekomenduje się przedstawienie Anglii głównie przez pryzmat obowiązującego mechanizmu płatności i zastrzeżenia dotyczącego możliwej aktualizacji cen, natomiast Niemiec - przez pokazanie mechanizmu przeliczania grup oraz wybranych przykładów wartości świadczeń dla chorób układu oddechowego. Takie ujęcie pozwala zachować aktualność rozdziału i ogranicza ryzyko nadmiernie szczegółowego porównania kwot, które mogłoby szybko się zdezaktualizować.

Stan finansowania w przedmiotowych krajach w zakresie chorób układu oddechowego stanowi **załącznik nr 5** do niniejszego raportu.

¹⁵ Oficjalny katalog grup szpitalnych dla Niemiec na 2026 r., opublikowany przez instytucję odpowiedzialną za system rozliczeń szpitalnych: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2026>

2.5 Uwagi do świadczenia

Przeprowadzona analiza uwag środowiska eksperckiego oraz materiałów opracowanych w ramach projektu NFZ Odwrócona Piramida Świadczeń wskazuje na potrzebę systemowej przebudowy sposobu organizacji, klasyfikowania i finansowania świadczeń z zakresu chorób układu oddechowego. Obecny model w niewystarczającym stopniu odzwierciedla rzeczywiste koszty diagnostyki i leczenia, stopień złożoności klinicznej przypadków, zakres wykonywanych procedur oraz zasadność hospitalizacji całodobowej. Kluczowym kierunkiem zmian powinno być dostosowanie produktów rozliczeniowych do rzeczywistej ścieżki pacjenta, ograniczenie hospitalizacji możliwych do realizacji w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym oraz zapewnienie lepszej dostępności leczenia szpitalnego dla pacjentów w cięższym stanie klinicznym.

Największe obciążenie kosztowe generowały choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej, niewydolność oddechowa oraz zapalenia płuc, natomiast najliczniejsze hospitalizacje dotyczyły również przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i zaburzeń oddychania w czasie snu. Jednocześnie duży udział hospitalizacji zero- i jednodniowych, szczególnie w zakresie zaburzeń oddychania w czasie snu, bronchoskopii oraz małych zabiegów klatki piersiowej, wskazuje na istotny potencjał przesunięcia części świadczeń poza tryb hospitalizacji całodobowej.

Niedostosowanie wycen i konstrukcji grup rozliczeniowych

Podstawowym problemem pozostaje niedostosowanie wycen do rzeczywistych kosztów świadczeń pulmonologicznych. Dotyczy to zwłaszcza hospitalizacji wymagających badań obrazowych, badań mikrobiologicznych i molekularnych, procedur endoskopowych, monitorowania parametrów oddechowych, tlenoterapii, wentylacji, leczenia powikłań oraz opieki nad pacjentami wielochorobowymi. W wielu przypadkach świadczenia o znacznym stopniu złożoności klinicznej są finansowane na poziomie zbliżonym do przypadków prostych, co nie odzwierciedla rzeczywistych nakładów organizacyjnych i kosztowych.

Dodatkową nieefektywnością jest zbyt ogólna konstrukcja części grup rozliczeniowych oraz brak precyzyjnych kryteriów kwalifikacji do hospitalizacji. W wielu grupach zachowawczych rozliczenie opiera się przede wszystkim na rozpoznaniu zasadniczym, bez wymogu wykazania procedur potwierdzających rzeczywisty zakres diagnostyki lub leczenia. Utrudnia to ocenę zasadności hospitalizacji, ogranicza możliwość różnicowania przypadków według stopnia ciężkości oraz może sprzyjać nieadekwatnemu kodowaniu świadczeń.

Bronchoskopia i diagnostyka pulmonologiczna

Szczegółnej korekty wymaga sposób rozliczania bronchoskopii. Procedura ta jest często niezbędna w diagnostyce zakażeń, gruźlicy, mykobakterioz, chorób nowotworowych, chorób śródmiąższowych, krwioplucia, rozstrzeni oskrzeli oraz zaostrzeń chorób obturacyjnych. Obecny mechanizm może jednak powodować, że wykonanie bronchoskopii w krótkiej hospitalizacji obniża finansowanie całego pobytu przez zakwalifikowanie świadczenia do grupy bronchoskopowej zamiast do grupy odpowiadającej zasadniczemu rozpoznaniu klinicznemu.

Rekomendowanym kierunkiem jest odejście od jednej szerokiej grupy bronchoskopowej na rzecz zróżnicowanych pakietów diagnostycznych, obejmujących podstawową, czynnościowo-obrazową, inwazyjną, inwazyjno-obrazową oraz kompleksową diagnostykę pulmonologiczną. Takie rozwiązanie pozwoli odróżnić proste procedury od świadczeń obejmujących badania obrazowe, czynnościowe, histopatologiczne, biopsje, bronchoskopię i znieczulenie ogólne. Jednocześnie

bronchoskopia powinna być możliwa do rozliczania jako procedura dodatkowa lub jako element właściwej grupy diagnostycznej, bez automatycznego obniżania wartości hospitalizacji.

Zapalenia płuc i ostre infekcje dolnych dróg oddechowych

Klasyfikacja i wycena zapaleń płuc wymagają doprecyzowania. Obecny podział nie odzwierciedla wystarczająco ciężkości stanu pacjenta, obecności powikłań, chorób współistniejących, etiologii zakażenia, leczenia celowanego ani oporności drobnoustrojów. Szczególnym problemem są przypadki o klinicznie bakteryjnym przebiegu, w których nie udaje się potwierdzić konkretnego patogenu. Brak identyfikacji czynnika etiologicznego nie oznacza niższej ciężkości przypadku ani mniejszych kosztów leczenia.

Zasadne jest zastąpienie obecnych grup bardziej precyzyjnym podziałem, obejmującym leczenie ostrych infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc, leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym oraz leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością. Wycena powinna uwzględniać konieczność diagnostyki obrazowej, badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, antybiotykoterapii, monitorowania parametrów oddechowych oraz ewentualnego wykonania bronchoskopii.

POCHP i choroby obturacyjne

Finansowanie leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc powinno lepiej odzwierciedlać zróżnicowanie ciężkości przypadków. Pacjenci hospitalizowani z powodu zaostrzeń to często osoby starsze, obciążone wielochorobowością, wymagające diagnostyki, leczenia zakażeń, tlenoterapii, nieinwazyjnego wspomagania oddychania, rehabilitacji oddechowej oraz dłuższego nadzoru. Obecna wycena nie uwzględnia w wystarczającym stopniu wieku pacjenta, obecności powikłań, chorób współistniejących, czynnika zakaźnego oraz zakresu zastosowanych procedur.

Zasadne jest utworzenie odrębnej grupy rozliczeniowej dla ciężkich zaostrzeń przewlekłej obturacyjnej choroby płuc z określonym patogenem, powikłaniami i chorobami współistniejącymi. Pozwoliłoby to adekwatniej finansować przypadki najtrudniejsze klinicznie, w tym zakażenia wywołane patogenami opornymi na leczenie, oraz ograniczyć niedoszacowanie hospitalizacji wymagających rozszerzonej diagnostyki i rehabilitacji oddechowej.

Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej

Grupa dotycząca chorób nowotworowych układu oddechowego i klatki piersiowej wymaga zawężenia i doprecyzowania, ponieważ obejmuje obecnie szeroki zakres przypadków: od diagnostyki, przez leczenie zachowawcze, po pacjentów w ciężkim stanie klinicznym. W 2023 r. była to grupa o najwyższej liczbie hospitalizacji i najwyższej kwocie refundacji, jednak część pobyków nie była jednoznacznie powiązana z rozpoznaniem nowotworu złośliwego lub pełnym procesem diagnostyczno-terapeutycznym.

Diagnostyka onkologiczna powinna być rozliczana w ramach nowych grup diagnostycznych, procedury zabiegowe w ramach grup zabiegowych, a leczenie systemowe w odpowiednich produktach, takich jak chemioterapia, radioterapia lub programy lekowe. Sama grupa nowotworowa powinna obejmować przede wszystkim potwierdzone nowotwory złośliwe z powikłaniami i pobytem powyżej trzech dni, czyli przypadki rzeczywiście wymagające leczenia szpitalnego i bardziej złożonego nadzoru.

Niewydolność oddychania, bezdech senny i wentylacja domowa

Obszar niewydolności oddychania oraz zaburzeń oddychania w czasie snu wymaga uporządkowania organizacyjnego i rozliczeniowego. Diagnostyka bezdechu sennego jest w dużej części realizowana w krótkich hospitalizacjach, mimo że wiele tych świadczeń może być przeniesionych do trybu ambulatoryjnego. Jednocześnie konieczne jest zwiększenie dostępności do badań snu oraz stworzenie spójnego modelu obejmującego diagnostykę, kwalifikację do leczenia, dobór terapii dodatnim ciśnieniem w drogach oddechowych, monitorowanie skuteczności i kontrolę pacjenta.

W zakresie niewydolności oddychania rekomendowane jest wyodrębnienie bardziej precyzyjnych kategorii, w tym leczenia z zastosowaniem nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej powyżej siedmiu dni oraz diagnostyki i leczenia przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu. Potrzebne jest również świadczenie obejmujące kwalifikację, weryfikację wskazań i ocenę skuteczności domowej wentylacji mechanicznej, a także ujęcie wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej jako procedury możliwej do rozliczenia w leczeniu niewydolności oddychania.

Aktualizacja katalogu procedur, rozpoznań i warunków realizacji

Warunkiem wdrożenia zmian jest aktualizacja katalogu procedur i rozpoznań oraz ograniczenie stosowania kodów nieprecyzyjnych. Katalog powinien obejmować procedury faktycznie wykonywane w nowoczesnej pulmonologii, w tym wysokoprzepływową tlenoterapię donosową, przezoskrzelową kriobiopsję płuca, poligrafię, polisomnografię, kapnografię przezskórną, autoserwowentylację, badania molekularne i mikrobiologiczne w diagnostyce zakażeń oraz gruźlicy, test uwalniania interferonu gamma, procedury leczenia bezdechu sennego oraz kwalifikacji i monitorowania wentylacji domowej.

Równolegle zasadne jest usunięcie procedur archaicznych lub niewykonywanych oraz cykliczna weryfikacja słowników w oparciu o aktualną wiedzę medyczną, praktykę kliniczną i dane sprawozdawcze. Wdrożone zmiany powinny zostać poddane ewaluacji po dwunastu miesiącach oraz po trzydziestu sześciu miesiącach od wdrożenia, aby ocenić ich wpływ na strukturę hospitalizacji, jakość kodowania, dostępność świadczeń i koszty systemowe.

Docelowy model organizacji opieki

Docelowy model powinien zakładać, że leczenie szpitalne jest przeznaczone przede wszystkim dla pacjentów wymagających intensywnego leczenia, monitorowania, procedur inwazyjnych lub leczenia powikłań. Diagnostyka podstawowa i część diagnostyki specjalistycznej powinny być rozwijane w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, przy odpowiednim rozszerzeniu katalogu badań, kompetencji specjalistów oraz produktów rozliczeniowych. Takie podejście pozwoli ograniczyć hospitalizacje diagnostyczne, zmniejszyć powtarzanie procedur, skrócić ścieżkę pacjenta i lepiej wykorzystać zasoby oddziałów pulmonologicznych.

Uzupełnieniem zmian powinna być budowa kompleksowej i koordynowanej opieki pulmonologicznej dla pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddychania, bezdechem sennym, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, chorobami śródmiąższowymi oraz chorobami nowotworowymi układu oddechowego. Model ten powinien łączyć leczenie szpitalne, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, opiekę domową, rehabilitację, edukację pacjenta i monitorowanie terapii, co ograniczy ryzyko rehospitalizacji i poprawi ciągłość leczenia.

Rekomendacje - podsumowanie

Priorytetem powinna być kompleksowa rewizja finansowania i organizacji świadczeń z zakresu chorób układu oddechowego. Zmiany powinny objąć ponowną taryfikację świadczeń niedoszacowanych, przebudowę zasad rozliczania bronchoskopii i diagnostyki pulmonologicznej, korektę klasyfikacji zapaleń płuc, utworzenie odrębnej grupy dla ciężkich zaostrzeń przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, zawężenie grupy nowotworowej do przypadków rzeczywiście wymagających leczenia szpitalnego, uporządkowanie świadczeń dotyczących niewydolności oddychania i bezdechu sennego oraz aktualizację katalogu procedur i rozpoznań.

Wdrożenie powyższych działań powinno zwiększyć adekwatność finansowania, ograniczyć niepożądane zjawiska sprawozdawcze, poprawić dostępność nowoczesnej diagnostyki i leczenia oraz zapewnić lepsze dopasowanie miejsca udzielania świadczenia do rzeczywistych potrzeb klinicznych pacjentów z chorobami układu oddechowego.

3 Zmiany organizacyjne i rozliczeniowe

3.1 Odwrócona Piramida Świadczeń

Projekt „Odwrócona Piramida Świadczeń” realizowany przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji stanowi jedno z kluczowych działań systemowych ukierunkowanych na reformę organizacji opieki zdrowotnej w Polsce. Jego głównym celem jest przeniesienie ciężaru realizacji świadczeń z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), przy jednoczesnym pozostawieniu hospitalizacji dla przypadków wymagających wysokospecjalistycznej interwencji.

Projekt zakłada m.in. rewizję definicji produktów rozliczeniowych, dostosowanie mechanizmów finansowania do rzeczywistego stopnia złożoności świadczeń oraz rozwój schematów współpracy pomiędzy opieką ambulatoryjną a lecznictwem szpitalnym. Oczekiwany efektem jest zwiększenie dostępności świadczeń, ograniczenie nieuzasadnionych hospitalizacji oraz bardziej efektywne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia, w tym kadr medycznych i infrastruktury szpitalnej.

Działania te wpisują się w szerszy kierunek zmian systemowych ukierunkowanych na poprawę efektywności, dostępności i jakości świadczeń, przy jednoczesnej optymalizacji kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Realizacja projektu została podzielona na etapy obejmujące poszczególne obszary świadczeń, w ramach których sukcesywnie prowadzone są analizy oraz prace wdrożeniowe. Jednym z analizowanych obszarów są świadczenia, będące przedmiotem raportu.

W ramach tego etapu Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, a we wcześniejszym okresie również Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, prowadziły prace nad przebudową charakterystyki grup JGP we współpracy z ekspertami klinicznymi, w tym Konsultant Krajową w dziedzinie chorób płuc. Nowa charakterystyka miała lepiej odzwierciedlać praktykę kliniczną w pulmonologii i torakochirurgii, ograniczać ryzyko nieprawidłowej kwalifikacji świadczeń oraz wspierać bardziej adekwatne finansowanie świadczeń.

Analizy i wyceny zostały opracowane w oparciu o produkty rozliczeniowe oraz nową charakterystykę grup przekazaną do Agencji po zakończeniu prac eksperckich. Należy również wskazać, że proponowana charakterystyka grup uwzględnia nowe grupy JGP opracowane w ramach katalogu dotyczącego świadczeń realizowanych w czasie do 12 godzin (zwanym również elastyczną organizacją świadczeń).

3.2 Propozycje zmian w rozliczaniu i taryfikacji świadczeń

W następstwie założeń dotyczących odwracania piramidy świadczeń oraz potrzeby lepszego dopasowania sposobu rozliczania do rzeczywistego zakresu i kosztochłonności udzielanych świadczeń, opracowano propozycje zmian obejmujące zarówno produkty rozliczeniowe w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów, jak i wybrane świadczenia możliwe do realizacji w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Proponowane rozwiązania obejmują również utworzenie katalogu JGP dla świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin.

3.2.1 Katalog JGP dla świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin

Wprowadzenie dodatkowego katalogu świadczeń w ramach JGP dla wybranych chorób układu oddechowego stanowiłoby operacyjne uzupełnienie projektowanej organizacji udzielania świadczeń w leczeniu szpitalnym, obejmującej świadczenia realizowane w czasie nie dłuższym niż 12 godzin. Rozwiązanie to odpowiada założeniom projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia, zgodnie z którymi część pacjentów kierowanych do leczenia szpitalnego nie wymaga długotrwałej hospitalizacji, lecz jedynie czasowego zabezpieczenia w warunkach szpitalnych, z dostępem do specjalistycznego sprzętu, diagnostyki oraz kadry medycznej.¹⁶

Zasadne jest zatem utworzenie odrębnego katalogu świadczeń JGP dla chorób układu oddechowego, w którym do poszczególnych grup rozliczeniowych przyporządkowane zostałyby odpowiednie rozpoznania, procedury oraz zakres diagnostyki możliwej do wykonania podczas krótkiego pobytu szpitalnego. Katalog ten powinien mieć charakter hybrydowy - łączący elementy leczenia szpitalnego, diagnostyki specjalistycznej oraz krótkiej obserwacji, przy zachowaniu możliwości niezwłocznej konwersji do hospitalizacji całodobowej w przypadku powikłań lub pogorszenia stanu zdrowia pacjenta. Takie podejście jest zgodne z założeniem, że nowy tryb ma stanowić uzupełnienie obecnych form leczenia szpitalnego, a wybór trybu przyjęcia powinien każdorazowo wynikać z decyzji klinicznej.

W obszarze chorób układu oddechowego proponuje się objęcie nowym katalogiem 9 grup z sekcji D, dotyczących (w związku z trwającymi pracami nad koszykiem świadczeń gwarantowanych w obszarze mukowiscydozy, grupa dot. zwłóknienia torbielowatego została wyłączona z dalszej analizy):

- DE05A Bronchoskopia,
- DE05B Bronchoskopia z oceną histopatologiczną,
- DE05C Bronchoskopia w znieczuleniu z oceną histopatologiczną,
- DE10 Dychawica oskrzelowa > 17 r.ż.,
- DE28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej,
- DE46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego,
- DE50 Choroby śródmiąższowe,
- DE53 Nadciśnienie płucne i zatorowość płucna,
- DEX1 Zaburzenia oddychania w przebiegu chorób nerwowo-mięśniowych i chorób restrykcyjnych klatki piersiowej.

Wskazane grupy obejmują zarówno świadczenia o charakterze proceduralnym, w szczególności związane z diagnostyką endoskopową układu oddechowego, jak również świadczenia diagnostyczno-obserwacyjne i kwalifikacyjne u pacjentów stabilnych klinicznie. W wielu przypadkach pełna hospitalizacja nie jest niezbędna do bezpiecznego wykonania diagnostyki, oceny stanu pacjenta, pobrania materiału do badań, weryfikacji rozpoznania, monitorowania choroby przewlekłej lub kwalifikacji do dalszego leczenia. Jednocześnie zakres tych świadczeń często przekracza możliwości standardowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co uzasadnia ich realizację w warunkach szpitalnych w trybie krótkiego pobytu.

¹⁶ Zob. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12408501>).

Nowy katalog powinien obejmować świadczenia możliwe do wykonania u pacjentów stabilnych, niewymagających całodobowego monitorowania, leczenia ostrej niewydolności oddechowej ani intensywnej terapii. Do trybu organizacji świadczeń powinni być kwalifikowani pacjenci, u których przewidywany czas realizacji świadczenia nie przekracza 12 godzin, ryzyko powikłań oceniono jako akceptowalne, a po zakończeniu procedury lub diagnostyki możliwy jest bezpieczny wypis do domu. Warunkiem koniecznym pozostaje zapewnienie przez świadczeniodawcę możliwości hospitalizacji całodobowej w przypadku wystąpienia powikłań lub konieczności przedłużenia pobytu wynikającej ze stanu zdrowia pacjenta.

Utworzenie dodatkowych grup JGP w trybie do 12 godzin pozwoliłoby na bardziej racjonalne wykorzystanie zasobów szpitalnych, ograniczenie nieuzasadnionych klinicznie hospitalizacji oraz poprawę dostępności diagnostyki specjalistycznej w chorobach układu oddechowego. Rozwiązanie to może również przyczynić się do skrócenia czasu oczekiwania na procedury diagnostyczne, szczególnie w obszarze chorób nowotworowych płuc i klatki piersiowej, chorób śródmiąższowych oraz przewlekłych chorób obturacyjnych. Jest to zgodne z celem projektowanej regulacji, która zakłada poprawę efektywności kosztowej, zwiększenie dostępności świadczeń oraz lepsze wykorzystanie potencjału placówek szpitalnych.

Szczegółową propozycję nowej charakterystyki grup JGP dla świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin wraz z warunkami rozliczenia zawiera **załącznik nr 6** do niniejszego raportu.

3.2.2 Nowe grupy zabiegowe w AOS

Propozycje taryf dla nowych grup zabiegowych w AOS opracowano w oparciu o wyniki analizy kosztów dla świadczenia zabiegowych realizowanych w AOS w obszarze chorób układu oddechowego oraz procedur dotyczących klatki piersiowej. Nowe podgrupy rozliczeniowe zostały zaimplementowane przez rozszerzenie obecnego katalogu procedur tzw. jednoimiennych, tj. procedur występujących równocześnie w ramach systemu JGP oraz w zarządzeniu dotyczącym AOS w zakresie chorób układu oddechowego. Zakres propozycji obejmuje siedem nowych grup rozliczeniowych, od ZX1 do ZX7, zróżnicowanych pod względem rodzaju oraz kosztu procedur zabiegowych. Zaproponowane taryfy mają na celu uporządkowanie sposobu finansowania tych świadczeń oraz dostosowanie wyceny do faktycznego poziomu kosztów poszczególnych procedur.

Uwzględniając wyniki analizy kosztów oraz zakres procedur jednoimiennych, w ramach propozycji taryf dla AOS zaproponowano utworzenie następujących nowych grup zabiegowych:

Tabela 18 Propozycja nowych grup zabiegowych AOS

Grupa zabiegowa AOS	Kod	Procedura
ZX1	33.272	Przezoskrzelowa biopsja płuca
ZX2	32.09	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki oskrzela
	33.24	Endoskopowa biopsja oskrzela
	34.041	Drenaż jamy opłucnowej
ZX3	33.21	Bronchoskopia przez przetokę
	33.22	Bronchoskopia fiberoskopowa
	33.231	Bronchoskopia autofluorescencyjna
	33.239	Bronchoskopia – inna

Grupa zabiegowa AOS	Kod	Procedura
ZX4	33.26	Przezskórna igłowa biopsja płuca
	34.092	Nakłucie międzyżebra
	34.094	Nakłucie opłucnej – pobranie materiału do analiz
	34.095	Nakłucie opłucnej – punkcja odbarczająca
	34.23	Biopsja ściany klatki piersiowej
	34.25	Przezskórna igłowa biopsja śródpiersia
	34.71	Szycie rany ściany klatki piersiowej
	34.91	Nakłucie klatki piersiowej
ZX5	34.24	Biopsja opłucnej
ZX6	98.15	Usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia
ZX7	97.41	Usunięcie drenu torakotomijnego lub drenu z jamy opłucnowej

Źródło: opracowanie własne

3.2.3 Propozycja zmian w charakterystyce JGP

W ramach procesu taryfikacji przeprowadzono analizy w oparciu o dane kosztowe będące w posiadaniu Agencji oraz dane NFZ. Zakres prac obejmował także analizę obecnej charakterystyki grup JGP, ocenę jednorodności kosztowej wybranych grup oraz konsultacje eksperckie dotyczące zasadności zmian organizacyjnych i rozliczeniowych w obszarze chorób układu oddechowego i klatki piersiowej.

Istotnym elementem prac były rozmowy z ekspertami klinicznymi, w szczególności z Konsultant Krajową w dziedzinie chorób płuc – dr n. med. Małgorzatą Czajkowską-Malinowską. Ponadto w zakresie przebudowy grup z obszaru torakochirurgii współpracowano z prof. dr hab. n. med. Witoldem Rzymanem - Konsultantem krajowym w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej oraz z dr n. med. Maciejem Maciaszczykiem - Kierownikiem Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy w Rabce-Zdroju. Proponowana charakterystyka stanowi zatem wynik połączenia analiz danych sprawozdawczo-kosztowych oraz uwag zgłaszanych przez ekspertów klinicznych.

Stan obecny obejmuje 34 grupy JGP (w tym również grupę D21, która nie jest przedmiotem analiz). Projektowany katalog obejmuje 44 grupy JGP. Zwiększenie liczby grup wynika przede wszystkim z wyodrębnienia nowych grup diagnostycznych, reorganizacji grup związanych z zapaleniami płuc, doprecyzowania grup dotyczących niewydolności oddychania i zaburzeń oddychania w czasie snu oraz wprowadzenia dodatkowych grup pediatrycznych.

Zakres proponowanych zmian:

- wyodrębnienie nowych grup z dotychczasowych grup zabiegowych w celu zwiększenia jednorodności kosztowej świadczeń;
- podział lub zastąpienie wybranych grup diagnostycznych i zachowawczych, w szczególności w zakresie bronchoskopii, zaburzeń oddychania w czasie snu oraz przewlekłej niewydolności oddychania;
- usunięcie dotychczasowych grup D18 Zapalenie płuc nietypowe oraz D48 Zapalenie płuc bez powikłań i zastąpienie ich nową strukturą grup dotyczącą zapaleń płuc;
- połączenie grup D10E i D10F w jedną grupę przeznaczoną dla pacjentów dorosłych, tj. D10 Dychawica oskrzelowa – leczenie > 17 r.ż.;

- doprecyzowanie nazw i zakresów wybranych grup poprzez wskazanie charakteru świadczenia, np. diagnostyka, leczenie lub kwalifikacja;
- wprowadzenie dodatkowych warunków rozliczenia dla wybranych grup, w tym warunków związanych z długością pobytu oraz populacją pediatryczną.

Propozycja nowych produktów rozliczeniowych:

Zabiegi

- D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej;
- D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej;
- D03 Duże zabiegi klatki piersiowej;
- D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej;
- D07 Małe zabiegi klatki piersiowej;
- D07A Zabiegi klatki piersiowej;
- PZD01 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.;
- PZD02 Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.;
- PZD03 Bronchoskopia < 18 r.ż.;
- PZD04 Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.;
- PZD04A Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.

Zapalenia płuc, dychawica, POChP

- D10 Dychawica oskrzelowa - leczenie > 17 r.ż.;
- D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego - diagnostyka i leczenie;
- D49 Uszkodzenia inhalacyjne i zapalenia zachłystowe płuc;
- D50 Zwłóknienie i pylica płuc – leczenie;
- DX1 Leczenie ostrych infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc;
- DX2 Leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym;
- DX3 Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością;
- PDX3 Zwłóknienie i pylica płuc < 6 dni, < 18 r.ż.;
- PDX4 Zwłóknienie i pylica płuc > 5 dni, < 18 r.ż.

Niewydolność oddechowa

- D45D Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.;
- D52 Niewydolność oddechowa;
- DX4 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu;
- DX5 Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu;
- PDX1 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.;
- PDX2 Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.

Diagnostyka

- D05D Inwazyjno-obrazowa diagnostyka pulmonologiczna;

- D05E Kompleksowa diagnostyka pulmonologiczna.

Pozostałe

- D16 Zator płucny;
- D17 Ropień płuc, ropowica;
- D19 Rozstrzenie oskrzeli – leczenie;
- D20 Gruźlica – diagnostyka;
- D26 Wyсіękowe zapalenie opłucnej;
- D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni;
- D36 Zaburzenia oddychania w czasie snu – diagnostyka;
- D37E Inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż.;
- D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.;
- D38 Obrzęk płuc;
- D51 Odma opłucnowa;
- D53 Nadciśnienie płucne > 17 r.ż.;
- D54 Zapalenie opłucnej;
- D55 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji;
- PDX5 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji > 5 dni, < 18 r.ż.

Zmiany w grupach zabiegowych klatki piersiowej

W obszarze grup zabiegowych zasadnicza struktura katalogu została utrzymana dla grup D01, D02, D03 oraz D06. Zmiana dotyczy przede wszystkim dotychczasowej grupy D07 Małe zabiegi klatki piersiowej, z której wyodrębniono nową grupę D07A Zabiegi klatki piersiowej. Analogiczne rozwiązanie zaproponowano dla pacjentów pediatrycznych przez wyodrębnienie grupy PZD04A z dotychczasowej grupy PZD04. Uzasadnieniem tej zmiany jest niejednorodność kosztowa świadczeń sprawozdawanych w ramach dotychczasowych grup.

Zmiany w zakresie diagnostyki pulmonologicznej

Dotychczasowa grupa D05 Bronchoskopia została zastąpiona dwiema grupami: D05D Inwazyjno-obrazowa diagnostyka pulmonologiczna oraz D05E Kompleksowa diagnostyka pulmonologiczna. Celem zmiany jest lepsze odzwierciedlenie zróżnicowania klinicznego i kosztowego procedur diagnostycznych oraz oddzielenie świadczeń o odmiennym stopniu złożoności.

Reorganizacja grup dotyczących zapaleń płuc

W wyniku analiz oraz zgłoszonych uwag eksperckich zaproponowano usunięcie grup D18 Zapalenie płuc nietypowe oraz D48 Zapalenie płuc. W miejsce dotychczasowych grup proponuje się utworzenie trzech nowych grup: Leczenie ostrych infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc, Leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym oraz Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością. Dodatkowo przewiduje się przesunięcie wybranych rozpoznań z grupy D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego do nowej struktury grup zapaleń płuc. Zmiana ma na celu zwiększenie spójności klinicznej i kosztowej grup oraz lepsze odzwierciedlenie ciężkości przebiegu choroby.

Zmiany w grupach dotyczących dychawicy oskrzelowej

Dotychczasowe grupy D10E Dychawica oskrzelowa > 65 r.ż. oraz D10F Dychawica oskrzelowa < 66 r.ż. proponuje się zastąpić jedną grupą D10 Dychawica oskrzelowa – leczenie > 17 r.ż. Zmiana porządkuje kryterium wieku i koncentruje grupę na populacji dorosłej. Dla populacji pediatrycznej zakres ten powinien być rozliczany w ramach właściwych grup pediatrycznych, w szczególności istniejących lub projektowanych grup dedykowanych pacjentom poniżej 18 roku życia.

Zmiany w zakresie niewydolności oddychania, tlenoterapii i zaburzeń oddychania w czasie snu

W projektowanym katalogu doprecyzowano zakres grup związanych z diagnostyką i leczeniem przewlekłej niewydolności oddychania oraz zaburzeń oddychania w czasie snu. Dotychczasowa grupa D36 została zawężona do diagnostyki zaburzeń oddychania w czasie snu. Jednocześnie wyodrębniono grupy obejmujące diagnostykę i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu oraz kwalifikację do przewlekłej tlenoterapii. Analogiczne grupy zaproponowano dla pacjentów poniżej 18 roku życia.

Pozostałe zmiany i doprecyzowania

W pozostałych grupach zaproponowano przede wszystkim doprecyzowanie nazw i warunków rozliczenia. Grupa D19 otrzymała nazwę Rozstrzenie oskrzeli – leczenie, grupa D50 Zwłóknienie i pylica płuc – leczenie, natomiast grupa D49 została rozszerzona o zapalenia zachłystowe płuc. W przypadku D28 wprowadzono warunek odnoszący się do powikłań oraz długości pobytu powyżej 3 dni. Dla części zakresów pediatrycznych zaproponowano nowe grupy z warunkiem długości pobytu, m.in. w zakresie zwłóknienia i pylicy płuc oraz ziarniniaków, chorób płuc alergicznych i z autoimmunizacji.

Poniższa tabela przedstawia analityczne przyporządkowanie dotychczasowych grup JGP do grup projektowanych, z oznaczeniem charakteru zmiany.

Tabela 19 Kierunki zmian w grupach JGP dotyczących leczenia chorób układu oddechowego

Kod obecnej JGP	Nazwa obecnej JGP	Kod nowej JGP	Nazwa nowej JGP	Rodzaj zmiany
D01	Złożone zabiegi klatki piersiowej	D01	Złożone zabiegi klatki piersiowej	bez zmian
D02	Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej	D02	Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej	bez zmian
D03	Duże zabiegi klatki piersiowej	D03	Duże zabiegi klatki piersiowej	bez zmian
D05	Bronchoskopia	D05D; D05E	Inwazyjno-obrazowa diagnostyka pulmonologiczna; Kompleksowa diagnostyka pulmonologiczna	podział/zastąpienie
D06	Średnie zabiegi klatki piersiowej	D06	Średnie zabiegi klatki piersiowej	bez zmian
D07	Małe zabiegi klatki piersiowej	D07; D07A	Małe zabiegi klatki piersiowej; Zabiegi klatki piersiowej	wyodrębnienie nowej grupy

Kod obecnej JGP	Nazwa obecnej JGP	Kod nowej JGP	Nazwa nowej JGP	Rodzaj zmiany
D10E; D10F	Dychawica oskrzelowa > 65 r.ż.; Dychawica oskrzelowa < 66 r.ż.	D10	Dychawica oskrzelowa - leczenie > 17 r.ż.	połączenie/zmiana kryterium wieku
D16	Zator płucny	D16	Zator płucny	bez zmian
D17	Ropień płuc, ropowica	D17	Ropień płuc, ropowica	bez zmian
D18; D48	Zapalenie płuc nietypowe; Zapalenie płuc	DX1; DX2; DX3	Leczenie ostrych infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc; Leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym; Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością	usunięcie i reorganizacja zakresu
D19	Rozstrzenie oskrzeli	D19	Rozstrzenie oskrzeli - leczenie	doprecyzowanie nazwy/zakresu
D20	Gruźlica	D20	Gruźlica - diagnostyka	bez zmian
D26	Wysiękowe zapalenie opłucnej	D26	Wysiękowe zapalenie opłucnej	bez zmian
D28	Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej	D28	Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni	zmiana charakterystyki/dodatki w warunkach
D36	Zaburzenia oddychania w czasie snu	D36; DX4; DX5	Zaburzenia oddychania w czasie snu – diagnostyka; Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu; Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu	podział zakresu/wyodrębnienie diagnostyki i leczenia
D37E	Inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż.	D37E	Inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż.	bez zmian
D37F	Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.	D37F	Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.	bez zmian
D38	Obrzęk płuc	D38	Obrzęk płuc	bez zmian
D45	Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.	D45D	Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.	zmiana kodu/doprecyzowanie
D46	POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego	D46	POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego – diagnostyka i leczenie	zmiana nazwy i przesunięcia rozpoznania
D49	Uszkodzenia inhalacyjne płuc	D49	Uszkodzenia inhalacyjne i zapalenia zachyłkowe płuc	rozszerzenie zakresu

Kod obecnej JGP	Nazwa obecnej JGP	Kod nowej JGP	Nazwa nowej JGP	Rodzaj zmiany
D50	Zwłóknienie i pylica płuc	D50	Zwłóknienie i pylica płuc – leczenie	doprecyzowanie nazwy/zakresu
D51	Odma opłucnowa	D51	Odma opłucnowa	bez zmian
D52	Niewydolność oddechowa	D52; częściowo DX4; DX5	Niewydolność oddechowa; Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu; Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu	częściowe wydzielenie zakresu
D53	Nadciśnienie płucne > 17 r.ż.	D53	Nadciśnienie płucne > 17 r.ż.	bez zmian
D54	Zapalenie opłucnej	D54	Zapalenie opłucnej	bez zmian
D55	Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji	D55; PDX5	Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji; Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji > 5 dni, < 18 r.ż.	utrzymanie grupy dorosłej i wydzielenie zakresu pediatrycznego
PZD01	Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	PZD01	Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	bez zmian
PZD02	Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	PZD02	Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	bez zmian
PZD03	Bronchoskopia < 18 r.ż.	PZD03	Bronchoskopia < 18 r.ż.	bez zmian
PZD04	Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	PZD04; PZD04A	Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż. ; Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	wyodrębnienie nowej grupy

Źródło: opracowanie własne na podstawie załączników nr 1a oraz 9 do zarządzenia nr 46/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.04.2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne oraz danych przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia

W projektowanym katalogu występują grupy nowe lub wydzielone z zakresu dotychczasowych grup. W części przypadków zastosowano robocze oznaczenia kodów, które wymagają nadania kodów docelowych na etapie finalizacji katalogu przez NFZ.

Tabela 20 Nowo wydzielone grupy JGP dotyczące leczenia chorób układu oddechowego

Kod roboczy nowej JGP	Nazwa grupy
D05D	Inwazyjno-obrazowa diagnostyka pulmonologiczna
D05E	Kompleksowa diagnostyka pulmonologiczna
D07A	Zabiegi klatki piersiowej
D10	Dychawica oskrzelowa – leczenie > 17 r.ż.
DX1	Leczenie ostrej infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc
DX2	Leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym

Kod roboczy nowej JGP	Nazwa grupy
DX3	Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością
DX4	Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu
DX5	Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu
PZD04A	Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.
PDX1	Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.
PDX2	Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.
PDX3	Zwłóknienie i pylica płuc < 6 dni, < 18 r.ż.
PDX4	Zwłóknienie i pylica płuc > 5 dni, < 18 r.ż.
PDX5	Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji > 5 dni, < 18 r.ż.

Źródło: opracowanie własne na podstawie załączników nr 1a oraz 9 do zarządzenia nr 46/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.04.2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne oraz danych przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia

Projektowane zmiany prowadzą do zwiększenia liczby grup z 34 do 44. Zmiana ta nie ma charakteru wyłącznie formalnego, lecz wynika z potrzeby poprawy jednorodności kosztowej i klinicznej grup, uporządkowania zasad rozliczania świadczeń oraz lepszego odzwierciedlenia faktycznego zakresu diagnostyki i leczenia w obszarze chorób układu oddechowego i klatki piersiowej.

Najistotniejsze zmiany obejmują reorganizację grup zapaleń płuc, podział dotychczasowej grupy bronchoskopii na grupy diagnostyczne, wyodrębnienie dodatkowych grup zabiegowych, uporządkowanie rozliczania dychawicy oskrzelowej w populacji dorosłej oraz wprowadzenie grup dotyczących przewlekłej niewydolności oddychania, tlenoterapii i zaburzeń oddychania w czasie snu.

Szczegółową propozycję nowej charakterystyki grup JGP wraz z warunkami rozliczenia zawiera **załącznik nr 7** do niniejszego raportu.

4 Projekt taryfy

W niniejszym rozdziale przedstawiono założenia oraz wyniki prac analitycznych stanowiących podstawę opracowania projektu taryfy świadczeń w obszarze leczenia chorób płuc. Analizy oparto na danych medyczno-kosztowych pozyskanych zarówno w ramach bieżącej współpracy Agencji ze świadczeniodawcami, jak i z dedykowanego postępowania uzupełniającego.

Proces analityczny prowadzono z uwzględnieniem aktualnych uwarunkowań organizacyjnych systemu ochrony zdrowia, w tym kierunków zmian wynikających z realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i AOTMiT projektu odwracania piramidy świadczeń, zakładającego m.in. racjonalizację wykorzystania hospitalizacji oraz wzmocnienie roli świadczeń realizowanych w trybach mniej obciążających system.

W kolejnych częściach rozdziału opisano proces analityczny, wyniki kalkulacji kosztów jednostkowych, a na końcu propozycję taryfy świadczeń opracowaną w oparciu o uzyskane wyniki.

4.1 Pozyskanie danych

W procesie ustalania taryf świadczeń będących przedmiotem niniejszego raportu, w pierwszej kolejności wykorzystano dane zgromadzone przez Agencję w ramach bieżącej współpracy z wybranymi świadczeniodawcami, prowadzonej systematycznie na potrzeby kolejnych procesów taryfikacyjnych. Współpraca ta obejmuje regularne przekazywanie szczegółowych danych medyczno-kosztowych (DSz) na poziomie pojedynczej hospitalizacji, uzupełnianych o dane finansowo-księgowe (FK) dotyczące struktury kosztów funkcjonowania świadczeniodawców. Dane te, gromadzone w latach 2019–2022 w ramach wcześniejszych postępowań, stanowiły podstawowy zbiór danych umożliwiający ocenę kosztów realizacji świadczeń.

W celu uzupełnienia bazy analitycznej przeprowadzono następnie dedykowane postępowanie (nr 64), ukierunkowane na pozyskanie danych o kosztach realizacji świadczeń gwarantowanych leczenia szpitalnego w obszarze leczenia chorób układu oddechowego.

W procesie taryfikacji wykorzystane zostały dane przekazane przez świadczeniodawców w ramach niżej wymienionych postępowań, w zakresie odnoszącym się do świadczeń objętych przedmiotem raportu albo stanowiącym element ogólnej bazy kosztowej wykorzystywanej w analizach:

- nr 53. Leczenie szpitalne (za rok 2019),
- nr 59. Leczenie szpitalne – kontynuacja współpracy (za rok 2020),
- nr 64. Choroby układu oddechowego (za rok 2021),
- nr 67 Leczenie szpitalne – kontynuacja współpracy (za rok 2021),
- nr 72. Leczenie szpitalne – kontynuacja współpracy (za rok 2022),
- nr 76. Rehabilitacja lecznicza (za rok 2023),
- nr 77. Choroby naczyń (za rok 2023),
- nr 81. Leczenie szpitalne – kontynuacja współpracy (za rok 2023),
- nr 83. Dane finansowo-księgowe za 2024 rok.

Dane pochodzące z postępowań nie dotyczących bezpośrednio chorób układu oddechowego zostały wykorzystane pomocniczo, w szczególności w zakresie danych finansowo-księgowych, kosztów infrastruktury oraz innych informacji niezbędnych do oszacowania wybranych składowych kosztowych, a nie jako kliniczne dane pulmonologiczne.

Przeprowadzona analiza pozwoliła na określenie próby 42 świadczeniodawców, którzy realizowali przedmiotowe świadczenia.

Ponadto, w niniejszych pracach taryfikacyjnych posłużono się danymi dotyczącymi wynagrodzeń zebranymi w ramach postępowania 85 *Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych*.

Dane medyczno-kosztowe

W procesie taryfikacji wykorzystano dane medyczno-kosztowe o 29 598 świadczeniach (7,4% wszystkich przedmiotowych świadczeń) pochodzące od 42 świadczeniodawców (7,2% wszystkich świadczeniodawców realizujących przedmiotowe świadczenia). 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 2019–2022 w stosunku do realizacji przedmiotowych świadczeń w 2024 roku waha się od 1,71 % dla grupy D50 *Zwłóknienie i pylica płuc* do 80,85% dla PZD02 *Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.* Szczegółowe zestawienie liczby świadczeniodawców i liczby świadczeń w odniesieniu do poszczególnych wycenianych JGP znajduje się w poniższej tabeli.

Tabela 21 Wielkość pozyskanej próby danych medyczno-kosztowych w ramach postępowań nr 64, WB19, WB20, WB21, WB22

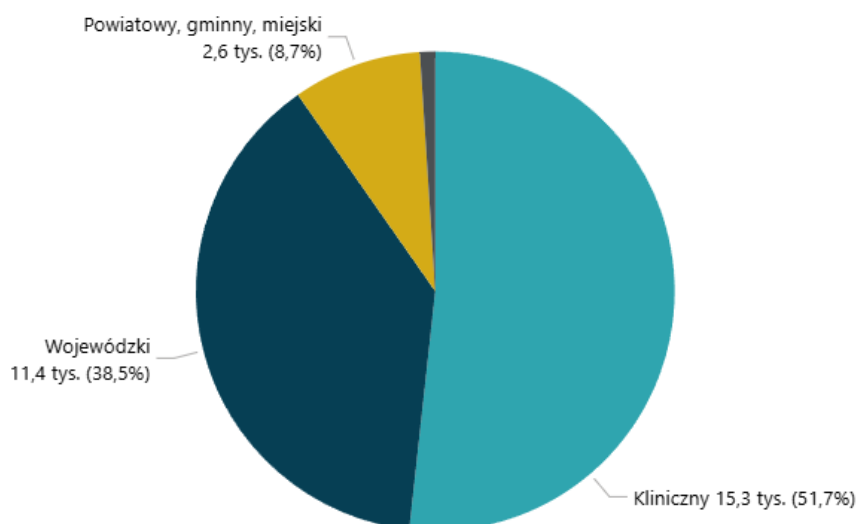
Kod i nazwa grupy	Liczba świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wyliczeń	Liczba świadczeniodawców realizujących taryfikowane świadczenia w 2024 r.	[%] świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wyliczeń	Liczba świadczeń, które zostały włączone do wyliczeń	Liczba zrealizowanych świadczeń w 2024 r.	[%] świadczeń włączonych do wyliczeń
D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej	5	33	15,15%	490	4 862	10,08%
D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej	10	67	14,93%	692	7 372	9,39%
D03 Duże zabiegi klatki piersiowej	17	180	9,44%	642	5 864	10,95%
D05 Bronchoskopia	12	147	8,16%	200	7 777	2,57%
D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej	13	104	12,50%	506	26 714	1,89%
D07 Małe zabiegi klatki piersiowej	18	334	5,39%	237	7 978	2,97%
D10E Dychawica oskrzelowa > 65 r.ż.	12	470	2,55%	342	8 134	4,20%
D10F Dychawica oskrzelowa < 66 r.ż.	13	448	2,90%	7 574	16 991	44,58%
D16 Zator płucny	13	530	2,45%	1 333	18 793	7,09%
D17 Ropień płuc, ropowica	11	451	2,44%	184	3 702	4,97%
D18 Zapalenie płuc nietypowe	13	491	2,65%	2 252	36 377	6,19%
D19 Rozstrzenie oskrzeli	11	334	3,29%	438	5 379	8,14%
D20 Gruźlica	7	103	6,80%	124	919	13,49%
D26 Wysiękowe zapalenie opłucnej	13	487	2,67%	361	7 491	4,82%
D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej	14	534	2,62%	3 334	56 896	5,86%
D36 Zaburzenia oddychania w czasie snu	7	142	4,93%	2 012	33 783	5,96%
D37E Inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż.	11	351	3,13%	231	6 952	3,32%
D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.	12	374	3,21%	559	9 238	6,05%
D38 Obrzęk płuc	12	258	4,65%	58	713	8,13%

Kod i nazwa grupy	Liczba świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wyliczeń	Liczba świadczeniodawców realizujących taryfikowane świadczenia w 2024 r.	[%] świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wyliczeń	Liczba świadczeń, które zostały włączone do wyliczeń	Liczba zrealizowanych świadczeń w 2024 r.	[%] świadczeń włączonych do wyliczeń
D45 Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.	3	67	4,48%	160	3 051	5,24%
D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego	13	523	2,49%	3 568	35 815	9,96%
D48 Zapalenie płuc	13	521	2,50%	1 164	29 007	4,01%
D49 Uszkodzenia inhalacyjne płuc	11	410	2,68%	103	3 918	2,63%
D50 Zwtóknienie i pylica płuc	10	479	2,09%	421	24 647	1,71%
D51 Odma optucnowa	11	455	2,42%	159	4 569	3,48%
D52 Niewydolność oddechowa	14	517	2,71%	1 303	21 409	6,09%
D53 Nadciśnienie płucne > 17 r.ż.	8	104	7,69%	103	569	18,10%
D54 Zapalenie optucnej	7	69	10,14%	13	106	12,26%
D55 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji	11	347	3,17%	655	11 479	5,71%
PZD01 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	3	29	10,34%	35	565	6,19%
PZD02 Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	5	37	13,51%	30	323	9,29%
PZD03 Bronchoskopia < 18 r.ż.	1	22	4,55%	266	329	80,85%
PZD04 Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	7	41	17,07%	49	326	15,03%

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.

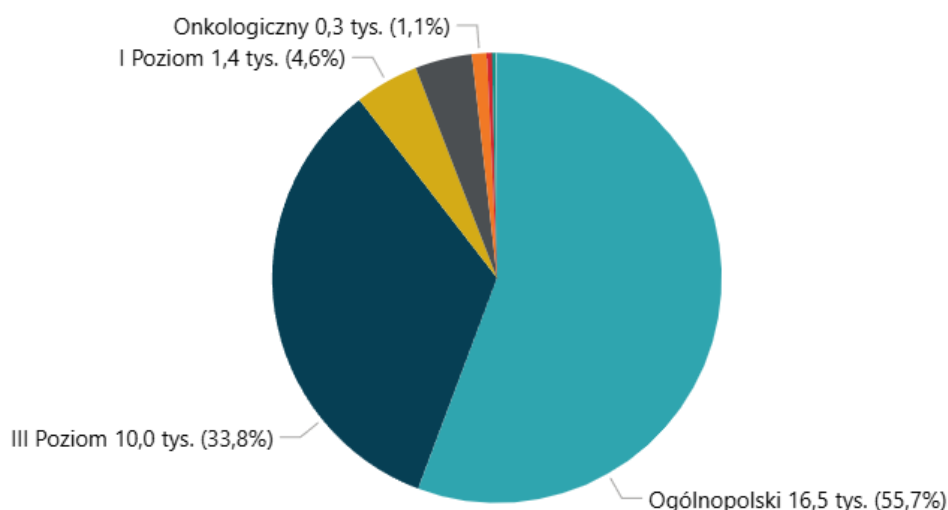
Zdecydowana większość danych pochodziła ze szpitali klinicznych, które stanowiły 51,7% całej próby. Z kolei najmniejszy udział w próbie miały podmioty niepubliczne, których dane stanowiły około 1% całości.



Rysunek 21 Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według kategorii szpitala.

Źródło: Opracowanie własne

Poniższy wykres przedstawia strukturę pozyskanych danych medyczno-kosztowych według poziomu sieci szpitala. Największy udział mają szpitale ogólnopolskie – 55,7%, z kolei najmniejszy szpitale pediatryczne (zaledwie 0,06%)



Rysunek 22 Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według poziomu sieci szpitala.

Źródło: Opracowanie własne

Dane finansowo-księgowe

Do oszacowania kosztu osobodnia oraz zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego i działu anestezjologii wykorzystano dane finansowo-księgowe za lata 2023–2024 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 2 172 OPK, które w większości pochodziły ze szpitali powiatowych, gminnych, miejskich (852 OPK), wojewódzkich (613 OPK) i klinicznych (488 OPK). W odniesieniu do OPK odpowiadających łącznie za 82,18% realizacji świadczeń objętych analizą, liczność próby wyniosła:

- Oddział chorób wewnętrznych (kod resortowy: 4000) – 202 OPK,
- Oddział gruźlicy i chorób płuc (kod resortowy: 4270) – 36 OPK,
- Oddział chorób płuc (kod resortowy: 4272) – 42 OPK,
- Oddział pediatryczny (kod resortowy: 4401) – 135 OPK,
- Oddział chirurgii klatki piersiowej (kod resortowy: 4520) – 13 OPK.

Tabela 22 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	114	41	21	13	13	202
4270	Oddział gruźlicy i chorób płuc	8	25	-	1	2	36
4272	Oddział chorób płuc	9	21	9	3	-	42
4401	Oddział pediatryczny	82	31	16	6	-	135
4520	Oddział chirurgii klatki piersiowej	-	7	6	-	-	13
4910	Blok operacyjny	49	17	18	11	9	104
	Pozostałe OPK	590	471	418	102	59	1 640
	Razem	852	613	488	136	83	2 172

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT

Dane o wynagrodzeniach

Do oszacowania kosztu wynagrodzeń personelu zabiegowego wykorzystano dane pozyskane w ramach postępowania 85 *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 2025 r.

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

4.2 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:

- nowej charakterystyki produktów rozliczeniowych
- liczby dni pobytu finansowanych w ramach danej grupy.

Analiza została przeprowadzona z wykorzystaniem danych dotyczących realizacji świadczeń w 2024 roku. Z uwagi na konieczność porównania danych historycznych z projektowaną strukturą produktów rozliczeniowych oraz nowymi charakterystykami świadczeń, część analiz miała charakter symulacyjny i wymagała zastosowania określonych założeń oraz przybliżeń analitycznych. Nie we wszystkich przypadkach możliwe było jednoznaczne przypisanie świadczeń do projektowanych produktów rozliczeniowych w relacji jeden do jednego, co wynikało z różnic pomiędzy dotychczasowym i projektowanym sposobem grupowania świadczeń.

Z uwagi na historyczny zakres próby oraz istotne zmiany w charakterystykach grup podjęto współpracę z ekspertami klinicznymi w obszarach budzących największe wątpliwości analityczne. Współpraca ta obejmowała w szczególności wsparcie w określeniu długości hospitalizacji, czasu realizacji wybranych procedur zabiegowych, poziomu zaangażowania personelu medycznego, a także identyfikacji kluczowych procedur i wyrobów medycznych w wybranych grupach. Uwzględniono również zmiany wynikające z ewolucji charakteru udzielanych świadczeń oraz rozwoju technik medycznych, które mogły nie zostać w pełni odzwierciedlone w danych historycznych. Opinie eksperckie miały charakter uzupełniający wobec danych sprawozdawczych i kosztowych oraz były wykorzystywane w obszarach wymagających doprecyzowania lub uzupełnienia dostępnych informacji.

4.2.1 Aktualizacja danych historycznych

W związku z oparciem analiz o dane pochodzące z lat 2019–2024, zostały one zaktualizowane do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2026 roku. Waloryzacji dokonano właściwymi wskaźnikami cząstkowymi wskazanymi w poniższej tabeli.

Tabela 23 Wskaźniki cząstkowe uaktualniające dane do poziomu kosztów świadczeń realizowanych do 30.06.2026 roku

Kategoria	Rok, z którego pochodzą dane					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Dynamika przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto - opieka zdrowotna i pomoc społeczna	2,00	1,84	1,57	1,46	1,27	1,10
Dynamika wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych – zdrowie	1,38	1,31	1,27	1,19	1,09	1,05
Dynamika średnioważonego kosztu kapitału	1,55	1,48	1,42	1,30	1,18	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.

4.2.2 Liczba dni pobytu finansowanych grupą

W ramach prac nad taryfikacją świadczeń dotyczących leczenia chorób układu oddechowego przeprowadzono analizę długości hospitalizacji finansowanych w poszczególnych grupach JGP. Analiza miała na celu wyznaczenie progów długości pobytu finansowanych w ramach grupy, umożliwiających zachowanie mechanizmu dodatkowego finansowania hospitalizacji istotnie przekraczających typowy czas leczenia, uwzględniony w taryfie świadczenia.

Należy jednocześnie podkreślić, że w niniejszym opracowaniu prezentowane są wyłącznie propozycje limitów liczby dni finansowanych grupą dla wybranych JGP, co wynika ze zmiany charakterystyk grup JGP oraz konieczności przypisania hospitalizacjom z 2024 roku odpowiadających im nowych produktów rozliczeniowych. Proces mapowania hospitalizacji do nowego katalogu JGP realizowano w oparciu o dostępne dane sprawozdawcze, w szczególności rozpoznania oraz procedury medyczne, przy czym dla części hospitalizacji konieczne było zastosowanie przypisania eksperckiego z uwagi na niekompletność danych lub brak rozpoznania kierującego do danej grupy. W konsekwencji uzyskane wyniki mają charakter szacunkowy i wymagają dalszej weryfikacji po wdrożeniu nowej struktury produktów i rozpoczęciu ich bieżącego sprawozdawania.

W obszarach, w których dotychczas funkcjonowały limity liczby dni finansowanych grupą, w związku ze zmianą katalogu JGP zaproponowano nowe progi długości pobytu finansowane w ramach grupy. Do ich wyznaczenia wykorzystano metodykę stosowaną przez brytyjski system opieki zdrowotnej NHS, zgodnie z wytycznymi przedstawionymi w opracowaniu dotyczącym szacowania kosztów i długości hospitalizacji (NHS, 2022). Zgodnie z przyjętym podejściem, górny limit długości pobytu finansowanego w ramach grupy odpowiada sumie górnego kwartyła długości hospitalizacji oraz 1,5 wartości odstęp międzykwartylowego, przy czym wartość ta nie może być niższa niż 5 dni, zgodnie z poniższym wzorem:

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

gdzie:

Q1 – pierwszy kwartyl długości pobytu,

Q3 – trzeci kwartyl długości pobytu.

Szczegółowe zestawienie proponowanych limitów dni finansowanych grupą zawarto w poniższej tabeli.

Tabela 24 Limit dni finansowanych grupą przed i po zmianie

Kod i nazwa grupy	Aktualnie	Po zmianie
D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej	28	19
D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej	32	18
D03 Duże zabiegi klatki piersiowej	21	17
D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej	12	14
D10 Dychawica oskrzelowa - leczenie > 17 r.ż.	19*	15
D16 Zator płucny	26	18
D17 Ropień płuc, ropowica	47	34
D19 Rozstrzenie oskrzeli - leczenie	23	18
D26 Wysiękowe zapalenie opłucnej	31	21
D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni	24	17
D37E Inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż.	16	12
D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.	16	11
D38 Obrzęk płuc	23	19
D45D Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.	20	33
D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego - diagnostyka i leczenie	20	17
D49 Uszkodzenia inhalacyjne i zapalenia zachyłkowe płuc	28	18
D50 Zwłóknienie i pylica płuc - leczenie	29	16
D51 Odma opłucnowa	33	14
D52 Niewydolność oddechowa	24	22
D53 Nadciśnienie płucne > 17 r.ż.	34	18
D54 Zapalenie opłucnej	23	17
D55 Złotyżaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji	22	12
DX1 Leczenie ostrych infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc**	-	16
DX2 Leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym**	-	18
DX3 Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością**	-	20
PDX4 Zwłóknienie i pylica płuc > 5 dni, < 18 r.ż.	29	17
PZD01 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	32	16
PZD02 Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	21	21
PZD04A Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	4	4

Kod i nazwa grupy	Aktualnie	Po zmianie
PZD04 Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	4	4

* wyznaczone na podstawie średnich wartości dla grup D10E i D10F,

** z uwagi na to, że grupy DX1, DX2, DX3 zostały wyodrębnione na podstawie przekodowania pacjentów z kilku różnych, wcześniej funkcjonujących grup, prezentacja aktualnej liczby dni finansowania w układzie porównawczym byłaby obciążona istotnymi zastrzeżeniami metodologicznymi. W związku z tym odstąpiono od jej przedstawienia w tabeli

Źródło: Opracowanie własne

4.2.3 Osobodzień optymalny

Zgodnie z metodyką Agencji koszt osobodnia został oszacowany w oparciu o koszty stałe związane z funkcjonowaniem oddziału oraz poziom wykorzystania jego infrastruktury. Osobodzień stanowi, zgodnie ze standardem rachunku kosztów w podmiotach leczniczych, jednostkę kalkulacyjną odzwierciedlającą koszt zapewnienia pacjentowi pobytu i opieki w oddziale przez jedną dobę hospitalizacji. Obejmuje on w szczególności koszty związane z utrzymaniem infrastruktury oddziału, personelem niezbędnym do zapewnienia ciągłości opieki oraz pozostałymi kosztami funkcjonowania komórki organizacyjnej.

Jednocześnie kalkulacja kosztu osobodnia opiera się na danych kosztowych raportowanych przez świadczeniodawców i uwzględnia całkowite koszty funkcjonowania oddziałów, w tym pełne koszty zatrudnienia personelu medycznego i niemedycznego. W kosztach tych zawierają się nie tylko wynagrodzenia podstawowe, ale również dodatki za pracę w godzinach nadliczbowych, premie, składki na ubezpieczenia społeczne, a także koszty związane z absencjami pracowników, w szczególności wynikającymi ze zwolnień chorobowych, urlopów wypoczynkowych, macierzyńskich czy innych usprawiedliwionych nieobecności. Dzięki temu uzyskane wartości odzwierciedlają rzeczywiste obciążenie finansowe podmiotów leczniczych związane z zapewnieniem opieki szpitalnej.

Do dalszych obliczeń przyjmowano tzw. osobodzień optymalny, uwzględniający założenie efektywnego wykorzystania zasobów infrastrukturalnych oddziału. Podejście to ma na celu ograniczenie wpływu przejściowo niskiego wykorzystania łóżek szpitalnych na poziom jednostkowego kosztu osobodnia oraz lepsze odzwierciedlenie kosztów funkcjonowania oddziału przy racjonalnym poziomie jego wykorzystania. Wartość osobodnia optymalnego wyznaczano na podstawie wyższego z dwóch wariantów obłożenia: rzeczywistego, raportowanego przez świadczeniodawców lub teoretycznego, określonego na poziomie 85% w dni robocze (poniedziałek–piątek) oraz 50% w weekendy.

W celu bardziej adekwatnego i spójnego oszacowania kosztów osobodnia pobytu pacjentów leczonych z chorób układu oddechowego przyjęto założenie, że świadczenia o zbliżonym charakterze klinicznym są co do zasady realizowane na tych samych lub bardzo podobnych oddziałach, z wykorzystaniem porównywalnych zasobów infrastrukturalnych i kadrowych. W związku z tym nie jest zasadne istotne różnicowanie kosztu osobodnia pomiędzy poszczególnymi grupami JGP, jeśli dotyczą one świadczeń realizowanych w tym samym środowisku organizacyjnym.

Uwzględniając jednak różnice w zakresie złożoności procesu diagnostyczno-terapeutycznego, kompleksowości leczenia oraz poziomu zaangażowania zasobów, poszczególne grupy JGP przyporządkowano do siedmiu kategorii kosztowych. Dla każdej z nich oszacowano jedną,

wspólną wartość kosztu osobodnia, która następnie została wykorzystana do kalkulacji kosztów pobytu w poszczególnych grupach. Zakłada się, że dzięki temu możliwym będzie zachowanie równowagi pomiędzy odzwierciedleniem rzeczywistych różnic kosztowych a zapewnieniem stabilności i porównywalności refundacji, ograniczając jednocześnie ryzyko nadmiernej fragmentacji oraz wrażliwości wyników na zmienność danych bazowych.

W poniższej tabeli przedstawiono przydział JGP do poszczególnych kategorii kosztowych.

Tabela 25 Podział grup JGP według kategorii osobodnia pobytu

Kategoria	Kod i nazwa grupy
I	PZD01 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.
	PZD02 Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.
	PZD04A Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.
	PZD04 Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.
II	D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej
	D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej
	D03 Duże zabiegi klatki piersiowej
III	D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej
	D07A Zabiegi klatki piersiowej
	D07 Małe zabiegi klatki piersiowej
	PZD03 Bronchoskopia < 18 r.ż.
IV	D05D Inwazyjno-obrazowa diagnostyka pulmonologiczna
	D05E Kompleksowa diagnostyka pulmonologiczna
	PDX1 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.
	PDX2 Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.
	PDX3 Zwłóknienie i pylica płuc < 6 dni, < 18 r.ż.
	PDX4 Zwłóknienie i pylica płuc > 5 dni, < 18 r.ż.
V	PDX5 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji > 5 dni, < 18 r.ż.
	D45D Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.
	D51 Odma opłucnowa
	D53 Nadciśnienie płucne > 17 r.ż.
VI	DX4 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu
	D16 Zator płucny
	D17 Ropień płuc, ropowica
	D26 Wsiękowe zapalenie opłucnej
	D36 Zaburzenia oddychania w czasie snu - diagnostyka
	D37E Inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż.
	D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.
	D38 Obrzęk płuc
	D49 Uszkodzenia inhalacyjne i zapalenia zachłystowe płuc
	D55 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji
	DX1 Leczenie ostrych infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc
	DX2 Leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym
VII	DX3 Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością
	D10 Dychawica oskrzelowa - leczenie > 17 r.ż.
	D19 Rozstrzenie oskrzeli - leczenie

Kategoria	Kod i nazwa grupy
	D20 Gruźlica - diagnostyka
	D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni
	D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego - diagnostyka i leczenie
	D50 Zwtóknienie i pylica płuc - leczenie
	D52 Niewydolność oddechowa
	D54 Zapalenie opłucnej
	DX5 Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu

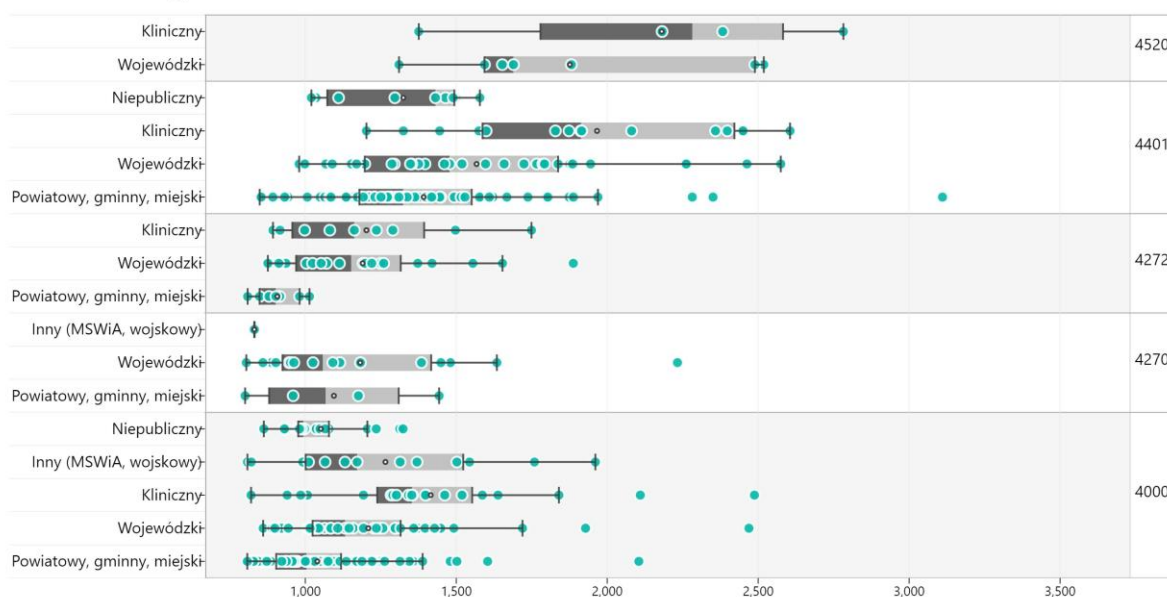
Źródło: Opracowanie własne

Koszt osobodnia dla każdej z wyodrębnionych kategorii kosztowych wyznaczono jako średnią odciętą, z uwzględnieniem zróżnicowania pomiędzy kategoriami szpitali oraz komórkami organizacyjnymi identyfikowanymi kodem resortowym. Uzyskane wartości zostały następnie zważone poziomem realizacji świadczeń, zarówno w ujęciu komórek organizacyjnych, jak i 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 2023–2024, po aktualizacji do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2026 roku, w podziale na oddziały odpowiadające za 82,18% realizacji świadczeń w 2024 roku.

Koszt osobodnia przyjętego do kalkulacji w oddziałach odpowiadających za 82,18% realizacji

Dane finansowo-księgowe aktualne do 30 czerwca 2026 roku



Rysunek 23. Rozkład kosztu osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 82,18% realizacji świadczeń, po aktualizacji do 30.06.2026 r., w podziale na kategorię szpitala.

(4520 – oddział chirurgii klatki piersiowej, 4401 – oddział pediatryczny, 4272 – oddział chorób płuc, 4270 – oddział gruźlicy i chorób płuc, 4000 – oddział chorób wewnętrznych)

Źródło: Opracowanie własne

Oszacowane wartości kosztu osobodnia, przypisane do siedmiu kategorii kosztowych, przedstawiono w poniższej tabeli. Średni koszt osobodnia wynosi od 1 111,23 zł w kategorii VII do 2 206,67 zł w kategorii I, a różnica pomiędzy najniższym a najwyższym kosztem osobodnia w przyjętych kategoriach wynosi 1 095,44 zł. Zróżnicowanie wartości kosztu osobodnia

odzwierciedla odmienne poziomy kosztocłonności pobytu pacjenta w poszczególnych kategoriach, wynikające m.in. z różnic w wymaganym zabezpieczeniu organizacyjnym, kadrowym i infrastrukturalnym.

Tabela 26 Wysokość kosztu osobodnia w poszczególnych kategoriach, po aktualizacji do 30.06.2026 roku

Kategoria osobodnia pobytu	Średni koszt osobodnia [zł]
I	2 206,67
II	1 941,12
III	1 726,65
IV	1 591,43
V	1 454,79
VI	1 226,37
VII	1 111,23

Źródło: Opracowanie własne

W poniższej tabeli zamieszczono koszty osobodnia przyjęte do wyliczenia kosztów pobytu w poszczególnych JGP, wynikające z przypisania danej grupy do jednej z siedem kategorii kosztowych. W ramach każdej kategorii zastosowano jednolitą wartość kosztu osobodnia.

Tabela 27 Wysokość kosztu osobodnia w poszczególnych JGP, po aktualizacji do 30.06.2026 roku

Kod i nazwa grupy	Średni koszt osobodnia [zł]
D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej	1 941,12
D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej	
D03 Duże zabiegi klatki piersiowej	
D05D Inwazyjno-obrazowa diagnostyka pulmonologiczna	1 591,43
D05E Kompleksowa diagnostyka pulmonologiczna	
D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej	
D07A Zabiegi klatki piersiowej	1 726,65
D07 Małe zabiegi klatki piersiowej	
D10 Dychawica oskrzelowa - leczenie > 17 r.ż.	
D16 Zator płucny	1 226,37
D17 Ropień płuc, ropowica	
D19 Rozstrzenie oskrzeli - leczenie	
D20 Gruźlica - diagnostyka	1 111,23
D26 Wysiężkowe zapalenie opłucnej	
D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni	
D36 Zaburzenia oddychania w czasie snu - diagnostyka	1 226,37
D37E Inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż.	
D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.	
D38 Obrzęk płuc	1 454,79
D45D Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.	
D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego - diagnostyka i leczenie	
D49 Uszkodzenia inhalacyjne i zapalenia zachyłkowe płuc	1 111,23
D50 Zwłóknienie i pylica płuc - leczenie	
D51 Odma opłucnowa	
D52 Niewydolność oddechowa	1 454,79
D53 Nadciśnienie płucne > 17 r.ż.	

Kod i nazwa grupy	Średni koszt osobodnia [zł]
D54 Zapalenie opłucnej	1 111,23
D55 Złaziiniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji	
DX1 Leczenie ostrej infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc	1 226,37
DX2 Leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym	
DX3 Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością	
DX4 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu	1 454,79
DX5 Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu	1 111,23
PDX1 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.	
PDX2 Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.	1 591,43
PDX3 Zwtóknienie i pylica płuc < 6 dni, < 18 r.ż.	
PDX4 Zwtóknienie i pylica płuc > 5 dni, < 18 r.ż.	
PDX5 Złaziiniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji > 5 dni, < 18 r.ż.	
PZD01 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	2 206,67
PZD02 Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	
PZD03 Bronchoskopia < 18 r.ż.	1 726,65
PZD04A Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	2 206,67
PZD04 Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	

Źródło: Opracowanie własne

4.2.4 Propozycja zmian wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą

Jednocześnie z ustaleniem liczby dni pobytu finansowanych grupą określono wartość punktową dodatkowego osobodnia finansowanego po przekroczeniu limitu pobytu uwzględnionego w taryfie danej grupy. Nowe wartości zostały oszacowane metodą regresyjną, tj. na poziomie 80% średniego kosztu osobodnia, zaktualizowanego do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych według stanu na 30 czerwca 2026 r. Następnie wartości te zostały przeliczone na punkty z zastosowaniem średniej ceny jednostki rozliczeniowej właściwej dla danego produktu rozliczeniowego, obowiązującej do 30 czerwca 2026 roku.

Tabela 28 Propozycja zmian wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą, po aktualizacji do 30.06.2026 roku

Kod i nazwa grupy	Wartość osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą – projekt [zł]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą – projekt
D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej	1552,90	829
D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej	1552,90	806
D03 Duże zabiegi klatki piersiowej	1552,90	801
D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej	1381,32	713
D10 Dychawica oskrzelowa - leczenie > 17 r.ż.	888,98	441
D16 Zator płucny	981,10	485

Kod i nazwa grupy	Wartość osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą – projekt [zł]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - projekt
D17 Ropień płuc, ropowica	981,10	489
D19 Rozstrzenie oskrzeli - leczenie	888,98	444
D26 Wysięgowe zapalenie opłucnej	981,10	486
D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni	888,98	450
D37E Inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż.	981,10	491
D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.	981,10	493
D38 Obrzęk płuc	981,10	477
D45D Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.	1163,83	591
D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego - diagnostyka i leczenie	888,98	437
D49 Uszkodzenia inhalacyjne i zapalenia zachyłkowe płuc	981,10	487
D50 Zwłóknienie i pylica płuc - leczenie	888,98	442
D51 Odma opłucnowa	1163,83	575
D52 Niewydolność oddechowa	888,98	440
D53 Nadciśnienie płucne > 17 r.ż.	1163,83	587
D54 Zapalenie opłucnej	888,98	434
D55 Złaznowienia, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji	981,10	497
DX1 Leczenie ostrych infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc	981,10	485
DX2 Leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym	981,10	485
DX3 Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością	981,10	493
PDX4 Zwłóknienie i pylica płuc > 5 dni, < 18 r.ż.	1273,14	648
PZD01 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	1765,34	900
PZD02 Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	1765,34	911
PZD04A Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	1765,34	900
PZD04 Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	1765,34	906

Źródło: Opracowanie własne

4.2.5 Koszt pobytu

Koszt pobytu w poszczególnych grupach JGP zostały oszacowane jako iloczyn średniej długości hospitalizacji pacjentów rozliczonych w danej grupie w 2024 roku (z wyłączeniem pobytów w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii) oraz średniej wartości osobodnia przypisanej do odpowiedniej kategorii kosztowej. Przyporządkowanie grup JGP do kategorii kosztowych zostało oparte na podziale na siedem wyodrębnionych kategorii kosztów hospitalizacji. W przypadku grup zabiegowych uzyskane wartości zostały dodatkowo zważone strukturą realizacji świadczeń według sprawozdanych grup procedur kierunkowych.

Analizy zostały przeprowadzone w odniesieniu do wszystkich hospitalizacji przypisanych do projektowanych grup JGP. W przypadku hospitalizacji, których długość pobytu mieściła się w limitach dni finansowanych grupą wyznaczonych przez AOTMiT, do obliczeń została przyjęta rzeczywista długość pobytu. W sytuacji przekroczenia ustalonego limitu w analizach została uwzględniona długość pobytu odpowiadająca maksymalnej liczbie dni finansowanych w ramach danej grupy. Oznacza to, że żadna hospitalizacja nie została wyłączona z analizy a każdej hospitalizacji została przypisana długość pobytu odpowiadająca wartości rzeczywistej albo wartości ograniczonej do poziomu wyznaczonego limitem finansowania grupy.

W części grup JGP długość hospitalizacji została uzgodniona z ekspertem klinicznym, co wynikało z znaczącej przebudowy charakterystyk grup w analizowanym obszarze świadczeń. Ponadto, w związku z wątpliwościami dotyczącymi długości hospitalizacji w zabiegach kompleksowych i dużych u dzieci, tj. w grupach PZD01 i PZD02, oraz niewielką liczbą realizowanych świadczeń, zakres analizowanych danych został rozszerzony o lata 2021–2024. Pozwoliło to na bardziej wiarygodne oszacowanie długości hospitalizacji na podstawie większej próby danych.

Tabela 29 Średni koszt pobytu po aktualizacji do 30.06.2026 roku

Kod i nazwa grupy	Średnia długość pobytu w dniach	Średni koszt pobytu [zł]
D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej	9,0	17 474,07
D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej	8,0	15 464,02
D03 Duże zabiegi klatki piersiowej	7,0	13 541,32
D05D Inwazyjno-obrazowa diagnostyka pulmonologiczna	2,5	3 978,58
D05E Kompleksowa diagnostyka pulmonologiczna	3,5	5 601,83
D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej	3,8	6 503,63
D07A Zabiegi klatki piersiowej	2,8	4 776,27
D07 Małe zabiegi klatki piersiowej	1,6	2 805,39
D10 Dychawica oskrzelowa - leczenie > 17 r.ż.	6,3	7 022,97
D16 Zator płucny	7,9	9 683,97
D17 Ropień płuc, ropowica	12,2	14 944,69
D19 Rozstrzenie oskrzeli - leczenie	7,5	8 368,59
D20 Gruźlica - diagnostyka	4,2	4 721,58
D26 Wysiękowe zapalenie opłucnej	7,1	8 719,49
D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni	7,5	8 350,31
D36 Zaburzenia oddychania w czasie snu - diagnostyka	1,1	1 349,01
D37E Inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż.	4,6	5 667,37
D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.	3,7	4 507,65
D38 Obrzęk płuc	5,5	6 803,34
D45D Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.	15,5	22 549,62
D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego - diagnostyka i leczenie	7,1	7 871,16
D49 Uszkodzenia inhalacyjne i zapalenia zachyłkowe płuc	6,9	8 419,13

Kod i nazwa grupy	Średnia długość pobytu w dniach	Średni koszt pobytu [zł]
D50 Zwłóknienie i pylica płuc - leczenie	6,2	6 877,06
D51 Odma opłucnowa	6,3	9 101,59
D52 Niewydolność oddechowa	10,0	11 112,30
D53 Nadciśnienie płucne > 17 r.ż.	6,5	9 498,16
D54 Zapalenie opłucnej	6,9	7 686,36
D55 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji	4,2	5 172,28
DX1 Leczenie ostrej infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc	5,3	6 499,76
DX2 Leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym	7,1	8 756,28
DX3 Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością	12,0	14 716,44
DX4 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu	4,0	5 819,16
DX5 Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu	2,7	3 054,18
PDX1 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.	4,0	6 365,72
PDX2 Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.	2,3	3 616,34
PDX3 Zwłóknienie i pylica płuc < 6 dni, < 18 r.ż.	1,7	2 704,81
PDX4 Zwłóknienie i pylica płuc > 5 dni, < 18 r.ż.	9,3	14 819,49
PDX5 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji > 5 dni, < 18 r.ż.	6,8	10 895,17
PZD01 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	6,2	13 720,67
PZD02 Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	7,8	17 231,41
PZD03 Bronchoskopia < 18 r.ż.	1,6	2 739,34
PZD04A Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	3,9	8 583,70
PZD04 Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	1,8	3 870,62

Źródło: Opracowanie własne

4.2.6 Koszt procedur medycznych, produktów leczniczych, wyrobów medycznych

Grupy zachowawcze

Koszty produktów leczniczych (PL), wyrobów medycznych (WM) oraz procedur realizowanych w trakcie hospitalizacji zostały oszacowane na podstawie danych medyczno-kosztowych. Wartości kosztowe zostały zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych według stanu do 30 czerwca 2026 r.

Analizy zostały przeprowadzone w odniesieniu do pacjentów, których długość hospitalizacji mieściła się w limicie dni pobytu finansowanych w ramach grupy, wyznaczonym przez AOTMiT. W przypadku grup zachowawczych koszty wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych zostały przeliczone na jeden dzień hospitalizacji dla poszczególnych pacjentów, zgodnie z poniższymi wzorami:

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

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

Następnie została wyznaczona średnia po odcięciu wartości skrajnych, którą przemnożono przez średnią długość hospitalizacji właściwą dla danej grupy. Koszty procedur medycznych zostały natomiast analizowane w przeliczeniu na cały pobyt pacjenta.

W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie kosztów zmiennych w poszczególnych grupach.

Tabela 30 Średnie koszty leków, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych w analizowanych grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.)

Kod i nazwa grupy	Leki [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury [zł]
D10 Dychawica oskrzelowa - leczenie > 17 r.ż.	38,81	5,65	567,41
D16 Zator płucny	170,77	93,52	1 715,50
D17 Ropień płuc, ropowica	200,58	126,22	1 826,77
D19 Rozstrzenie oskrzeli - leczenie	56,01	35,82	1 488,16
D20 Gruźlica - diagnostyka	16,73	25,40	1 277,29
D26 Wysiękowe zapalenie opłucnej	75,83	45,51	1 198,02
D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni	64,12	46,92	1 616,97
D36 Zaburzenia oddychania w czasie snu - diagnostyka	0	0,96	1 384,22
D37E Inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż.	18,30	26,75	768,97
D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.	6,72	11,39	727,52
D38 Obrzęk płuc	134,30	97,13	1 009,78
D45D Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.	171,74	11,86	1 740,37
D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego - diagnostyka i leczenie	64,99	11,34	728,20
D49 Uszkodzenia inhalacyjne i zapalenia zachtystowe płuc	143,06	69,40	1 625,11
D50 Zwtóknienie i pylica płuc - leczenie	13,58	11,94	1 521,06
D51 Odma opłucnowa	52,11	68,60	1 710,16
D52 Niewydolność oddechowa	125,76	62,84	1 045,87
D53 Nadciśnienie płucne > 17 r.ż.	31,06	374,00	1 788,62
D54 Zapalenie opłucnej	256,66	35,42	848,53
D55 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji	36,08	13,04	1 526,19
DX1 Leczenie ostrych infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc	47,34	19,76	1 258,74
DX2 Leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym	242,06	72,23	1 206,15
DX3 Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością	335,23	127,40	1 845,85
DX4 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu	8,18	3,06	2 077,47

Kod i nazwa grupy	Leki [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury [zł]
DX5 Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu	46,18	19,72	957,31
PDX1 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.	21,37	51,71	1 572,51
PDX2 Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.	0,39	10,24	988,91
PDX3 Zwtóknienie i pylica płuc < 6 dni, < 18 r.ż.	0,59	7,46	1 768,64
PDX4 Zwtóknienie i pylica płuc > 5 dni, < 18 r.ż.	89,53	46,07	4 921,62
PDX5 Złaznienie, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji > 5 dni, < 18 r.ż.	88,52	36,27	2 810,87

Źródło: Opracowanie własne

Grupy zabiegowe

Średnie koszty produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych i zabiegowych zużytych lub zrealizowanych w trakcie pobytu pacjenta na oddziale zostały oszacowane na podstawie danych medyczno-kosztowych, zawierających informacje o każdym pojedynczym świadczeniu ujętym w próbie analitycznej. Wartości kosztowe zostały zaktualizowane do poziomu kosztów odpowiadającego świadczeniom realizowanym według stanu na 30 czerwca 2026 roku.

W ramach realizowanych prac zostały przeprowadzone konsultacje eksperckie dotyczące podziału grupy zabiegowej D07, z uwagi na jej istotną niejednorodność kosztową, wynikającą m.in. ze zróżnicowanego czasu hospitalizacji oraz odmiennej specyfiki realizowanych procedur. Jednocześnie uwzględnione zostały ograniczenia wynikające z wykorzystania danych historycznych oraz zmiany w aktualnej praktyce klinicznej, w szczególności rosnące znaczenie technik małoinwazyjnych, w tym VATS. Zgodnie z opinią ekspertów techniki te stanowią obecnie dominujące podejście w torakochirurgii w przypadkach, w których ich zastosowanie jest możliwe, przy jednocześnie wyższym poziomie kosztów względem metod tradycyjnych.

W ramach konsultacji oraz analiz szczegółowej weryfikacji poddano m.in. częstość stosowania poszczególnych technik zabiegowych, strukturę wykorzystania wyrobów medycznych, zakres i częstość realizowanych procedur diagnostycznych, czasy trwania zabiegów oraz poziom zaangażowania personelu medycznego. Na tej podstawie, z uwzględnieniem opinii ekspertów klinicznych, zostały wprowadzone korekty danych, mające na celu dostosowanie ich do aktualnej praktyki klinicznej oraz zapewnienie adekwatnego odzwierciedlenia poziomu ponoszonych kosztów.

W poniższej tabeli przedstawiono średnie koszty zmienne przypadające na poszczególne grupy JGP. Należy mieć na uwadze, że metodyka obliczeń w grupach zabiegowych różni się od podejścia stosowanego w grupach zachowawczych. Na poziomie danych jednostkowych identyfikowane były procedury kierunkowe, które, w zależności od specyfiki przypadku, mogły obejmować jedną lub kilka procedur. Na tej podstawie hospitalizacje zostały przypisane do odpowiednich grup procedur kierunkowych. Dla każdej hospitalizacji zsumowane zostały koszty produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych i zabiegowych, a następnie w obrębie wydzielonych grup procedur kierunkowych wyznaczone zostały średnie koszty po odcięciu wartości skrajnych.

Na podstawie danych sprawozdawczych NFZ określona została struktura realizacji poszczególnych procedur w ramach JGP w 2024 r., która została wykorzystana jako wagi w procesie wyznaczania taryf. W konsekwencji wartości prezentowane w tabeli nie powinny być interpretowane jako prosta suma poszczególnych składowych kosztowych. Koszty zmienne przyjęte do taryfy odzwierciedlają średnie łączne koszty, wyznaczone po odcięciu wartości skrajnych, powiększone o koszty pobytu oraz ważone strukturą realizacji grup procedur kierunkowych w 2024 r.

Tabela 31 Średnie koszty leków, wyrobów medycznych, procedur diagnostycznych oraz procedur zabiegowych w analizowanych grupach zabiegowych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.)

Kod i nazwa grupy	Leki i wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]	Procedury zabiegowe [zł]
D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej	9 378,53	4 038,12	11 095,22
D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej	5 179,30	2 480,22	8 524,08
D03 Duże zabiegi klatki piersiowej	1 682,70	1 565,29	5 137,52
D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej	913,83	3 297,76	671,81
D07A Zabiegi klatki piersiowej	768,62	1 174,38	2 504,87
D07 Małe zabiegi klatki piersiowej	233,25	1 200,17	3 008,03
PZD01 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	6 621,92	2 771,52	10 073,96
PZD02 Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	2 958,95	1 768,78	8 485,68
PZD03 Bronchoskopia < 18 r.ż.	100,39	2 077,02	2 035,76
PZD04A Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	1 138,85	1 468,11	2 429,88
PZD04 Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	179,28	463,77	2 862,28
D05D Inwazyjno-obrazowa diagnostyka pulmonologiczna	127,15	2 039,90	
D05E Kompleksowa diagnostyka pulmonologiczna	176,54	2 426,82	

Źródło: Opracowanie własne

Grupy diagnostyczne D05D i D05E zostały wyodrębnione na podstawie przekodowania pacjentów z pierwotnej populacji rozliczonej w grupach D28 i D05. Przypisanie pacjentów do nowych grup zostało dokonane na podstawie sprawozdanych procedur, kwalifikujących do rozliczenia w ramach nowoutworzonych produktów, we współpracy z ekspertem klinicznym.

Ze względu na inwazyjny charakter bronchoskopii grupy te wykazują cechy właściwe dla świadczeń zabiegowych. Jednocześnie w danych źródłowych bronchoskopia była najczęściej ujmowana jako procedura wyceniana na podstawie cenników świadczeniodawców, a nie w ramach szczegółowych danych dotyczących kosztów procedur zabiegowych. W związku z tym koszty w grupach D05D i D05E zostały oszacowane zgodnie z metodyką przyjętą dla grup zachowawczych, z wykorzystaniem informacji z cenników pozyskanych od świadczeniodawców.

4.2.7 Koszt infrastruktury

Leczenie szpitalne

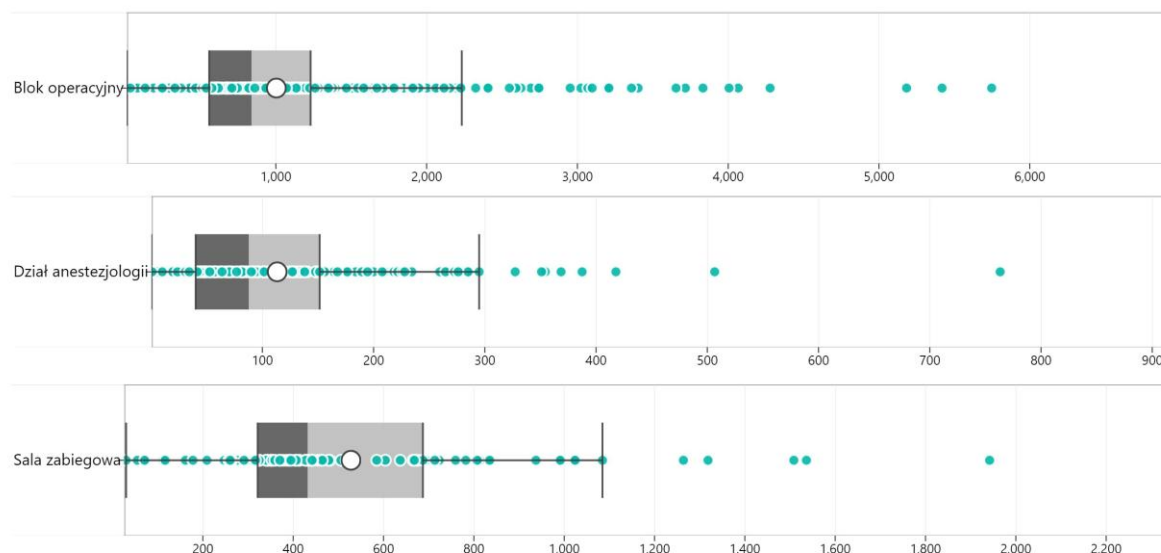
Do obliczenia kosztu infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii oraz sali zabiegowej zlokalizowanej w strukturze oddziału posłużyły dane finansowo-księgowe za lata 2023–2024, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych według stanu do 30 czerwca 2026 roku, przy zastosowaniu odpowiednich wskaźników zmian poziomu kosztów.

Dodatkowo w celu możliwie najbardziej adekwatnego odwzorowania faktycznych kosztów wykorzystania infrastruktury medycznej w procesie realizacji świadczeń oszacowania oparto na rzeczywistej liczbie godzin pracy komórki organizacyjnej zareportowanej przez świadczeniodawców.

Poniższy rysunek przedstawia zróżnicowanie godzinowych kosztów wykorzystania infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii oraz sali zabiegowej.

Koszt godziny zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii oraz sali zabiegowej

Dane finansowo-księgowe aktualne do 30 czerwca 2026 roku



Rysunek 24 Rozrzut kosztów godzinowych zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii i sali zabiegowej (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.).

W celu oszacowania kosztu wykorzystania infrastruktury podczas realizacji zabiegu, w kalkulacjach uwzględnione zostały zarówno koszty infrastruktury bloku operacyjnego, jak i koszty infrastruktury działu anestezjologii.

Na potrzeby kalkulacji przeprowadzono podział grup JGP na pięć kategorii kosztowych. Podstawowym kryterium klasyfikacji był poziom kosztów jednostkowych infrastruktury, co pozwoliło na wyodrębnienie względnie jednorodnych kategorii pod względem wysokości ponoszonych nakładów. Dla każdej kategorii kosztowej oszacowano jedną, uśrednioną wartość kosztu infrastruktury, która została następnie wykorzystana w dalszych kalkulacjach kosztów świadczeń.

W poniższej tabeli przedstawiono przyporządkowanie grup JGP do poszczególnych kategorii kosztowych wraz z oszacowaną uśrednioną wartością kosztu infrastruktury dla każdej kategorii (Tabela 32).

Tabela 32 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego oraz działu anestezjologii, po aktualizacji do 30.06.2026 roku

Kategoria	Kod i nazwa grupy	Infrastruktura [zł]
I	D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej	1 130,96
	D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej	
	D03 Duże zabiegi klatki piersiowej	
	D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej	
II	D07A Zabiegi klatki piersiowej	1 111,53
	D07 Małe zabiegi klatki piersiowej	
III	PZD01 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	1 204,79
	PZD02 Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	
	PZD04A Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	
	PZD04 Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	
IV	PZD03 Bronchoskopia < 18 r.ż.	1 161,44
V	Grupy zachowawcze	950,88

Źródło: opracowanie własne

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Taryfikowane świadczenia zabiegowe realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obejmują zarówno procedury możliwe do wykonania w dwóch trybach, tj. w szpitalnym oraz ambulatoryjnym, określane jako procedury jednoimienne, jak i pozostałe procedury realizowane wyłącznie w warunkach ambulatoryjnych. Ze względu na ich zabiegowy charakter oraz konieczność zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa pacjentów, przyjęto jednolite podejście do kalkulacji kosztów infrastruktury dla wszystkich analizowanych procedur ambulatoryjnych.

Świadczenia te wymagają zapewnienia wyższego poziomu organizacyjnego i infrastrukturalnego niż standardowa porada specjalistyczna. W związku z tym, w celu możliwie najbardziej precyzyjnego odwzorowania rzeczywistych kosztów ich realizacji, przyjęto założenie, że standard wykonywania taryfikowanych procedur zabiegowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powinien odpowiadać standardowi właściwemu dla świadczeń realizowanych w warunkach szpitalnej sali zabiegowej.

Wpływa to na zapewnienie adekwatnego poziomu finansowania procedur wykonywanych w AOS i stanowi istotny warunek bezpiecznego oraz efektywnego przenoszenia części świadczeń do trybu ambulatoryjnego, bez ryzyka pogorszenia jakości leczenia, ograniczenia dostępności nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych oraz obniżenia poziomu bezpieczeństwa pacjentów.

Mając powyższe na względzie, na potrzeby oszacowania kosztów infrastruktury dla świadczeń jednoimiennej oraz pozostałych taryfikowanych procedur ambulatoryjnych przyjęto wartości odpowiadające kosztom infrastruktury wykorzystywanej w szpitalnej sali zabiegowej. Uznano je za adekwatne do wymagań technicznych i organizacyjnych związanych z realizacją analizowanych świadczeń w trybie ambulatoryjnym. Do kalkulacji wykorzystano dane

finansowo-księgowe za lata 2023–2024, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do dnia 30 czerwca 2026 r., przy zastosowaniu odpowiednich wskaźników zmian wielkości kosztów.

Tabela 33 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury sali zabiegowej (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.)

Składowa kosztowa	Średnia stawka godzinowa [zł]
Infrastruktura	460,82

Źródło: Opracowanie własne

4.2.8 Stawki godzinowe personelu realizującego procedurę zabiegową

Stawki godzinowe personelu uczestniczącego w realizacji procedur zabiegowych, przyjęte do wyliczenia kosztu taryfikowanych świadczeń, oszacowane zostały na podstawie danych dotyczących wynagrodzeń pozyskanych w ramach postępowania nr 85 *Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych za wrzesień 2025 r.*

W celu możliwie najlepszego odwzorowania zróżnicowania nakładów pracy personelu medycznego oraz poziomu kwalifikacji wymaganych do realizacji poszczególnych procedur, dla lekarzy operatorów zastosowano trzy kategorie stawek (A–C), zgodnie z metodyką różnicowania miary referencyjnej kosztu wynagrodzeń. Zgodnie z przyjętymi zasadami, kategorie stawek odpowiadają następującym miarom referencyjnym rozkładu stawek godzinowych:

- A – 80–85 percentyl (świadczenia wysokospecjalistyczne/deficytowe),
- B – 70–75 percentyl (świadczenia złożone/kompleksowe),
- C – 50–60 percentyl (świadczenia standardowe).

Poniższa tabela zawiera stawki godzinowe odpowiadające kosztom wynagrodzeń łącznie z kosztem pracodawcy (tzw. brutto-brutto) personelu uczestniczącego w realizacji procedur zabiegowych.

Tabela 34 Stawki godzinowe brutto-brutto głównych kategorii personelu realizującego procedurę zabiegową

Kategoria personelu	Kategoria stawek wynagrodzeń	Stawka godzinowa [zł]
Lekarz	A	325,30
	B	241,92
	C	200,00
Lekarz anestezjolog	C	240,00
Pielęgniarka (asystująca/instrumentariuszka)	C	114,34
Pielęgniarka anestezjologiczna	C	115,05
Perfuzjonista	C	110,00
Technik	C	69,06

Źródło: opracowanie własne

4.2.9 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.

W przypadku zabiegów kompleksowych i złożonych przyjęto wydłużony czas wykorzystania infrastruktury, wynikający nie tylko z czasu trwania samej procedury operacyjnej, ale również z bardziej rozbudowanej organizacji pracy bloku operacyjnego. Dotyczy to w szczególności konieczności przygotowania specjalistycznego sprzętu i zestawów narzędziowych, zapewnienia odpowiedniego zabezpieczenia anestezyjologicznego, przeprowadzenia dodatkowych czynności kontrolnych i organizacyjnych, zabezpieczenia materiału do badań oraz dłuższego czasu potrzebnego na zakończenie, uporządkowanie i ponowne przygotowanie sali. Uwzględnienie tych elementów pozwala lepiej odzwierciedlić rzeczywisty czas zajęcia infrastruktury oraz koszty organizacyjne związane z realizacją procedur o wysokim stopniu złożoności.

Tabela 35 Średni czas zajęcia infrastruktury do zabiegu

Kod i nazwa grupy	Średni czas zajęcia infrastruktury
D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej	4 h 30 min
D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej	3 h 42 min
D03 Duże zabiegi klatki piersiowej	2 h 4 min
D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej	1 h 25 min
D07A Zabiegi klatki piersiowej	1 h 32 min
D07 Małe zabiegi klatki piersiowej	1 h 25 min
PZD01 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	3 h 21 min
PZD02 Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	3 h 41 min
PZD03 Bronchoskopia < 18 r.ż.	1 h 16 min
PZD04A Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	1 h 11 min
PZD04 Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	1 h 33 min

Źródło: opracowanie własne

Wyniki przedstawione w tabeli mają charakter szacunkowy i zostały opracowane na podstawie danych przekazanych przez świadczeniodawców w ramach analizowanej próby. Z uwagi na wątpliwości dotyczące danych odnoszących się do zabiegów złożonych i kompleksowych, tj. grup D01, D02 oraz PZD01, wartości te zostały poddane dodatkowej weryfikacji i uwzględniają korekty eksperckie.

W przypadku grupy D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej koszty procedury EBUS, tj. procedury ICD-9: 33.273 *Przezoskrzelowa biopsja śródpiersia lub płuca pod kontrolą ultrasonograficzną*, były identyfikowane w dwóch źródłach danych. W części przypadków możliwe było ich określenie na podstawie danych zabiegowych, natomiast w większości przypadków koszt całej procedury był raportowany w cennikach świadczeniodawców. W sytuacjach braku danych zabiegowych do analizy zostały przyjęte wartości wynikające z tych cenników.

W odniesieniu do danych przedstawionych w tabeli należy również wskazać, że krótszy średni czas zajęcia infrastruktury w grupach D07A *Zabiegi klatki piersiowej* oraz PZD04A *Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.* wynika z przyjętej metodyki ich wyodrębnienia. Podział grup D07 oraz PZD04 został przeprowadzony przede wszystkim w oparciu o różnice w czasie hospitalizacji, a nie o czas trwania samego zabiegu. W związku z tym obserwowane wartości czasu zajęcia infrastruktury nie stanowiły podstawowego kryterium podziału tych grup.

Dłuższy czas zajęcia infrastruktury w grupie PZD02 *Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.* w porównaniu z analogiczną grupą dla dorosłych wynika ze specyfiki populacji pediatrycznej oraz organizacji procesu leczenia. U pacjentów pediatrycznych większego znaczenia nabierają m.in. czynności przygotowawcze, zabezpieczenie anestezjologiczne, ułożenie i zabezpieczenie pacjenta, dostosowanie sprzętu oraz organizacja pracy zespołu operacyjnego, co może przekładać się na dłuższy rzeczywisty czas zajęcia infrastruktury.

4.2.10 Wyniki analizy kosztów

Leczenie szpitalne – katalog 1a

Wyniki analizy kosztów dla poszczególnych grup zachowawczych, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych według stanu na 30 czerwca 2026 r., przedstawiono w poniższej tabeli. Należy jednak zaznaczyć, że pomimo zachowawczego charakteru tych grup, w danych medyczno-kosztowych odnotowano przypadki realizacji procedur zabiegowych, przykładowo bronchoskopii, drenażu jamy opłucnowej czy procedur znieczuleniovych.

Całkowity koszt świadczeń zachowawczych stanowi sumę kosztu pobytu, kosztów produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych i zabiegowych. Koszt procedur został ujęty w koszcie JGP w zakresie odpowiadającym ich rzeczywistemu występowaniu w analizowanej próbie pacjentów, przy czym koszty procedur diagnostycznych i zabiegowych zostały uwzględnione łącznie.

Jednocześnie, z uwagi na specyfikę sprawozdawania świadczeń oraz sposób zbierania danych medyczno-kosztowych, bezpośrednie porównywanie wartości poszczególnych składowych kosztowych może nie być w pełni miarodajne. Świadczeniodawcy mogli bowiem sprawozdawać pełny koszt realizacji procedury, obejmujący również koszty produktów leczniczych i wyrobów medycznych zużytych w związku z jej wykonaniem. W takich przypadkach koszty te nie były odrębnie identyfikowane w kategoriach produktów leczniczych lub wyrobów medycznych, lecz zwiększały wartość kosztów przypisanych do procedur. Z tego względu dane przedstawione w tabeli należy interpretować przede wszystkim jako łączny koszt świadczenia w ramach danej grupy, a nie jako podstawę do bezpośredniego porównywania udziału poszczególnych kategorii kosztowych pomiędzy grupami.

Tabela 36 Wyniki analizy kosztów grup zachowawczych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.)

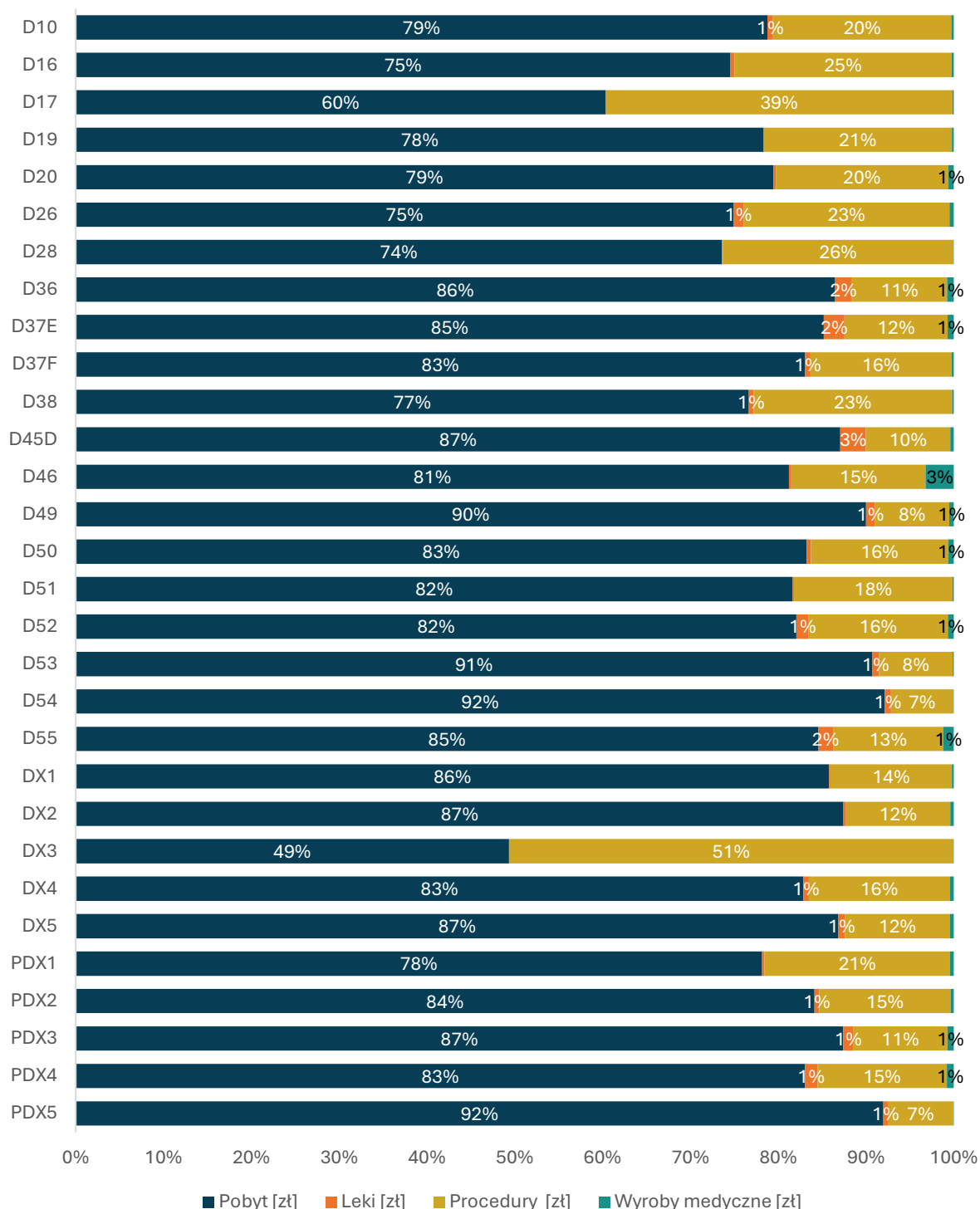
Kod grupy	Długość pobytu [dni]	Pobyt [zł]	Leki [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
D10	6,3	7 022,97	38,81	5,65	567,41	7 634,85
D16	7,9	9 683,97	170,77	93,52	1 715,50	11 663,76
D17	12,2	14 944,69	200,58	126,22	1 826,77	17 098,25
D19	7,5	8 368,59	56,01	35,82	1 488,16	9 948,58
D20	4,2	4 721,58	16,73	25,40	1 277,29	6 041,00
D26	7,1	8 719,49	75,83	45,51	1 198,02	10 038,86
D28	7,5	8 350,31	64,12	46,92	1 616,97	10 078,32
D36	1,1	1 349,01	0	0,96	1 384,22	2 734,19

Kod grupy	Długość pobytu [dni]	Pobyt [zł]	Leki [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
D37E	4,6	5 667,37	18,30	26,75	768,97	6 481,39
D37F	3,7	4 507,65	6,72	11,39	727,52	5 253,28
D38	5,5	6 803,34	134,30	97,13	1 009,78	8 044,56
D45D	15,5	22 549,62	171,74	11,86	1 740,37	24 473,59
D46	7,1	7 871,16	64,99	11,34	728,20	8 675,70
D49	6,9	8 419,13	143,06	69,40	1 625,11	10 256,71
D50	6,2	6 877,06	13,58	11,94	1 521,06	8 423,64
D51	6,3	9 101,59	52,11	68,60	1 710,16	10 932,46
D52	10,0	11 112,30	125,76	62,84	1 045,87	12 346,77
D53	6,5	9 498,16	31,06	374,00	1 788,62	11 691,84
D54	6,9	7 686,36	256,66	35,42	848,53	8 826,96
D55	4,2	5 172,28	36,08	13,04	1 526,19	6 747,58
DX1	5,3	6 499,76	47,34	19,76	1 258,74	7 825,60
DX2	7,1	8 756,28	242,06	72,23	1 206,15	10 276,72
DX3	12,0	14 716,44	335,23	127,40	1 845,85	17 024,92
DX4	4,0	5 819,16	8,18	3,06	2 077,47	7 907,88
DX5	2,7	3 054,18	46,18	19,72	957,31	4 077,39
PDX1	4,0	6 365,72	21,37	51,71	1 572,51	8 011,31
PDX2	2,3	3 616,34	0,39	10,24	988,91	4 615,88
PDX3	1,7	2 704,81	0,59	7,46	1 768,64	4 481,51
PDX4	9,3	14 819,49	89,53	46,07	4 921,62	19 876,70
PDX5	6,8	10 895,17	88,52	36,27	2 810,87	13 830,83

Źródło: opracowanie własne

Na poniższym wykresie przedstawiono strukturę kosztów dla poszczególnych grup JGP. W większości grup dominującą składową pozostają koszty pobytu, których udział jest wysoki, choć zróżnicowany pomiędzy grupami. Jednocześnie widoczne są istotne odstępstwa od tego schematu – w niektórych grupach udział kosztów procedur znacząco wzrasta (np. w grupach D17 czy DX3, gdzie stanowi dużą część całkowitych kosztów).

Koszty procedur w wielu przypadkach stanowią drugą co do wielkości kategorię kosztową, natomiast udział kosztów leków oraz wyrobów medycznych pozostaje relatywnie niski i ma charakter uzupełniający.



Rysunek 25. Struktura kosztów całkowitych w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.).

Źródło: Opracowanie własne

Wyniki analizy kosztów dla poszczególnych grup zabiegowych, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do dnia 30 czerwca 2026 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 danej JGP w populacji świadczeń udzielonych w 2024 roku, z uwzględnieniem proponowanych zmian w charakterystyce grup JGP. Umożliwia to precyzyjne odwzorowanie rzeczywistego rozkładu świadczeń oraz określenie adekwatnego poziomu refundacji, odzwierciedlającego aktualne potrzeby systemu opieki zdrowotnej.

W poniższej tabeli przedstawiono wyniki analizy kosztów dla grup zabiegowych, obejmujące długość hospitalizacji, koszty pobytu, koszty zmienne oraz końcowy wynik analizy kosztów. **Należy podkreślić, że wynik analizy kosztów nie stanowi prostej sumy składowych kosztów prezentowanych w tabeli,** lecz odzwierciedla wartości wyznaczone na podstawie metodyki uwzględniającej agregację kosztów na poziomie grup procedur oraz ich ważenie strukturą realizacji. W przypadku grup diagnostycznych (D05D i D05E) przyjęto odstępstwo, stosując metodykę właściwą dla grup zachowawczych, z uwagi na charakter świadczeń.

Tabela 37 Wyniki analizy kosztów grup zabiegowych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.)

Kod grupy	Długość pobytu [dni]	Koszty pobytu [zł]	Koszty zmienne [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
D01	9,0	17 474,07	24 512,02	43 511,36
D02	8,0	15 464,02	14 965,26	31 622,59
D03	7,0	13 541,32	7 486,00	21 103,61
D06	3,8	6 503,63	3 911,00	10 159,20
D07A	2,8	4 776,27	3 946,00	8 032,06
D07	1,6	2 805,39	1 591,00	4 337,34
PZD01	8,2	18 094,69	19 126,21	38 594,78
PZD02	7,3	16 108,69	12 736,00	27 097,31
PZD03	1,6	2 739,34	3 456,00	6 050,50
PZD04A	3,9	8 583,70	3 533,00	12 289,79
PZD04	1,8	3 870,62	3 277,00	6 721,77
D05D	2,5	3 978,58	2 166,15	6 139,18
D05E	3,5	5 601,83	2 603,36	8 205,19

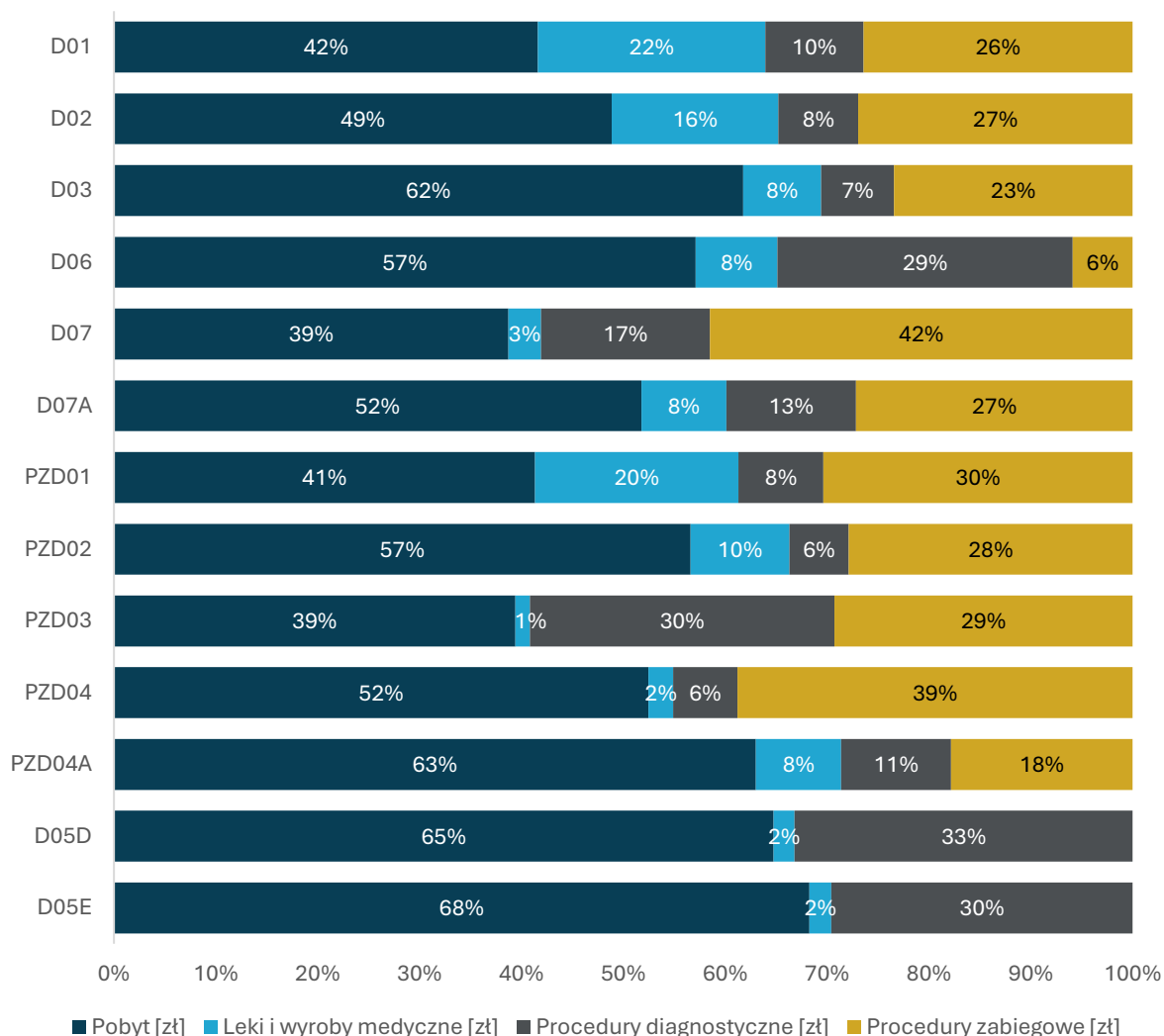
Źródło: Opracowanie własne

Analizowane grupy zabiegowe obejmują świadczenia realizowane w obrębie klatki piersiowej, w tym odpowiadające im świadczenia w populacji pediatrycznej. W strukturze grup widoczna jest wyraźna zależność pomiędzy poziomem złożoności procedur a poziomem kosztów – najwyższe wartości odnotowano w grupach obejmujących najbardziej złożone i zasobochłonne świadczenia (np. D01 – ok. 43,5 tys. zł, D02 – ok. 31,6 tys. zł oraz PZD01 – ok. 38,6 tys. zł), natomiast najniższe w grupach obejmujących mniej skomplikowane, krótsze zabiegi o krótszym czasie hospitalizacji (np. D07 – ok. 4,3 tys. zł, PZD03 – ok. 6,1 tys. zł).

W analogicznych grupach pediatrycznych obserwowana jest spójna struktura kosztowa, choć poziom kosztów pozostaje zróżnicowany w zależności od rodzaju realizowanych świadczeń (np. PZD02 – ok. 27,1 tys. zł vs PZD04 – ok. 6,7 tys. zł).

Z kolei koszt w grupach diagnostycznych kształtuje się następująco: niemal 6,2 tys. zł w grupie D05D – Inwazyjno-obrazowa diagnostyka pulmonologiczna oraz ponad 8,2 tys. zł w grupie D05E – Kompleksowa diagnostyka pulmonologiczna.

Strukturę kosztów zmiennych w grupach zabiegowych prezentuje poniższy wykres.



Rysunek 26 Struktura kosztów całkowitych w grupach zabiegowych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.).

Źródło: Opracowanie własne

Koszty pobytu stanowią największą część całkowitych kosztów we wszystkich analizowanych grupach. Jednocześnie widoczny jest istotny udział kosztów procedur zabiegowych, który w części grup stanowi drugą co do wielkości kategorię kosztową.

W grupach złożonych i kompleksowych (D01, D02 oraz odpowiadających im grupach pediatrycznych) relatywnie duży udział mają również koszty wyrobów medycznych, co jest związane m.in. z wykorzystaniem technik małoinwazyjnych (w tym VATS) oraz specjalistycznych materiałów jednorazowych.

Z kolei w grupach diagnostycznych po kosztach pobytu istotny udział stanowią koszty procedur diagnostycznych, co wynika ze specyfiki realizowanych świadczeń.

Leczenie szpitalne – katalog 1ae

W niniejszym podrozdziale przedstawiono wyniki analizy kosztów dla rozwiązania „Katalog JGP dla świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin”. Wyniki analizy kosztów zawiera poniższa tabela.

Koszty dla analizowanych grup oszacowano w odniesieniu do odpowiadających im świadczeń w katalogu 1a, przyjmując 60% kosztu pobytu właściwego dla danego odpowiednika oraz koszty zmienne wagi, wyznaczone na podstawie przebiegów eksperckich określających strukturę poszczególnych komponentów kosztowych; w przypadku grupy DEX1, dla której brak adekwatnego odpowiednika, przyjęto wartość osobodnia 1 111,23 zł.

Tabela 38 Wyniki analizy kosztów świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.)

Kod i nazwa JGP	Osobodzień [zł]	Koszt pobytu [zł]	Koszty zmienne [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
DE05A Bronchoskopia	1 591,43	954,86	882,30	1 837,15
DE05B Bronchoskopia z oceną histopatologiczną	1 591,43	954,86	976,24	1 931,09
DE05C Bronchoskopia w znieczuleniu z oceną histopatologiczną	1 591,43	954,86	1 784,56	2 739,42
DE10 Dychawica oskrzelowa > 17 r.ż.	1 111,23	666,74	910,33	1 577,07
DE28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej	1 111,23	666,74	1 056,10	1 722,84
DE46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego	1 111,23	666,74	889,44	1 556,18
DE50 Choroby śródmiąższowe	1 111,23	666,74	1 667,41	2 334,15
DE53 Nadciśnienie płucne i zatorowość płucna	1 454,79	872,87	1 826,65	2 699,52
DEX1 Zaburzenia oddychania w przebiegu chorób nerwowo-mięśniowych i chorób restrykcyjnych klatki piersiowej	1 111,23	666,74	1 086,91	1 753,65

Źródło: Opracowanie własne

Wyniki analizy wskazują na zróżnicowanie poziomu kosztów pomiędzy poszczególnymi grupami świadczeń realizowanych w trybie do 12 godzin. Najwyższe wartości zostały oszacowane dla grup DE05C oraz DE53, w których koszt świadczenia wynosi ok. 2,7 tys. zł, a także dla grupy DE50, w której wynosi ok. 2,3 tys. zł.

W pozostałych grupach koszty kształtują się na niższym poziomie — od ok. 1,5 tys. zł w grupach DE05A i DE46 do ok. 1,9 tys. zł w grupach DE05B i DEX1. W strukturze kosztów widoczny jest zróżnicowany udział kosztów zmiennych, które stanowią istotny komponent wartości końcowej świadczenia.

Wyodrębnienie produktów rozliczeniowych dla świadczeń realizowanych w trybie do 12 godzin może przyczynić się do lepszego dopasowania sposobu finansowania do rzeczywistego zakresu i organizacji udzielanych świadczeń. Rozwiązanie to może również wspierać bardziej racjonalne wykorzystanie zasobów szpitalnych, umożliwiając realizację części świadczeń w krótszym trybie organizacyjnym i ograniczając angażowanie łóżek całodobowych w przypadkach, które nie wymagają pełnej hospitalizacji.

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 2026 roku, zostały przedstawione w poniższej tabeli. Całkowity koszt świadczeń oszacowano na podstawie przebiegów eksperckich oraz cenników procedur uzyskanych od świadczeniodawców. Wynik analizy kosztów dla proponowanych nowych produktów rozliczeniowych został obliczony jako średnia ważona, uwzględniająca częstość realizacji poszczególnych procedur w 2024 roku.

Tabela 39 Wyniki analizy kosztów grup w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.)

Kod i nazwa grupy	Wynik analizy kosztów (zł)
ZX1 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX1	1 267,04
33.272 Przezoskrzelowa biopsja płuca	1 267,04
ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX2	845,82
32.09 Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki oskrzela	864,00
34.041 Drenaż jamy opłucnowej	860,00
33.24 Endoskopowa biopsja oskrzela	835,72
ZX3 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX3	732,02
33.21 Bronchoskopia przez przetokę	741,42
33.231 Bronchoskopia autofluorescencyjna	741,42
33.22 Bronchoskopia fiberoskopowa	731,14
33.239 Bronchoskopia – inna	720,97
ZX4 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX4	565,43
34.092 Nakłucie międzyżebra	566,66
34.094 Nakłucie opłucnej – pobranie materiału do analiz	566,66
34.095 Nakłucie opłucnej – punkcja odbarczająca	566,66
34.23 Biopsja ściany klatki piersiowej	566,66
34.91 Nakłucie klatki piersiowej	566,66
34.71 Szycie rany ściany klatki piersiowej	541,34
33.26 Przezskórna igłowa biopsja płuca	541,25
34.25 Przezskórna igłowa biopsja śródpiersia	532,80
ZX5 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX5	490,00
34.24 Biopsja opłucnej	490,00
ZX6 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX6	370,72
98.15 Usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia	370,72
ZX7 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX7	236,25
97.41 Usunięcie drenu torakotomijnego lub drenu z jamy opłucnowej	236,25

Źródło: Opracowanie własne

Ograniczenia przeprowadzonej analizy kosztów

Przeprowadzona analiza kosztów była obarczona ograniczeniami wynikającymi zarówno z zakresu dostępnych danych, jak i z charakteru projektowanych zmian w strukturze produktów rozliczeniowych. Część analiz miała charakter symulacyjny, ponieważ wymagała przekodowania historycznych danych dotyczących realizacji świadczeń na nową strukturę produktów

rozliczeniowych. W konsekwencji nie we wszystkich przypadkach możliwe było jednoznaczne przypisanie świadczeń do nowych grup w relacji jeden do jednego. W szczególności w przypadku grupy DEX1 nie została zidentyfikowana populacja pacjentów, którą można byłoby przypisać do tej grupy na podstawie danych historycznych, co uniemożliwiło oszacowanie skali jej wykorzystania oraz potencjalnego wpływu na budżet płatnika.

Istotnym ograniczeniem była również znaczna przebudowa charakterystyk JGP, w szczególności w obszarze grup zachowawczych, obejmująca zmianę zakresu rozpoznań i procedur oraz nowych zasad ich rozliczania. Wyznaczenie kosztów dla nowych grup wymagało przekodowania historycznych danych medyczno-kosztowych, co wiązało się z niepewnością dotyczącą przyszłego sposobu sprawozdawania świadczeń. W ramach tego procesu pacjenci byli przypisywani z dotychczasowych grup do projektowanej struktury produktów, przy braku jednoznacznych odpowiedników pomiędzy częścią grup. Konsekwencją były ograniczenia w odwzorowaniu długości hospitalizacji oraz struktury kosztów, które w wybranych przypadkach wymagały doprecyzowania i walidacji we współpracy z ekspertami klinicznymi.

Nie było możliwe pełne zweryfikowanie, czy dane kosztowe przekazane przez świadczeniodawców w każdym przypadku odzwierciedlają rzeczywiste koszty ponoszone w trakcie realizacji świadczeń. Dane te cechowały się niejednorodnością oraz zróżnicowanym stopniem szczegółowości, w tym różnicami w nazewnictwie, sposobie raportowania oraz stosowanych jednostkach miary. Z tego względu przed przeprowadzeniem właściwej analizy konieczne było ich ujednolicenie i standaryzacja. Dodatkowym ograniczeniem był historyczny charakter próby, który nie pozwalał jednoznacznie potwierdzić, że wszystkie przekazane dane w pełni odpowiadają aktualnej praktyce klinicznej, zwłaszcza w obszarach, w których w ostatnich latach nastąpił rozwój technik medycznych lub zmiana sposobu organizacji udzielania świadczeń.

Oszacowania kosztów świadczeń zostały przeprowadzone w oparciu o dane historyczne, które następnie zostały zaktualizowane przy użyciu odpowiednich wskaźników zmian poziomu kosztów. W analizach uwzględniona została również struktura realizacji świadczeń oraz długość hospitalizacji w poszczególnych typach szpitali w 2024 r. Należy jednak zaznaczyć, że przyjęte wartości odzwierciedlają najlepsze dostępne oszacowanie na podstawie danych historycznych i przyjętych założeń analitycznych, a rzeczywista struktura realizacji świadczeń po wdrożeniu projektowanych produktów może odbiegać od wartości przyjętych w analizie.

Częstości realizacji poszczególnych procedur, wykorzystane do wyznaczenia średnich ważonych kosztów nowych produktów rozliczeniowych, zostały określone na podstawie symulacyjnego mapowania danych historycznych na projektowaną strukturę produktów. Oznacza to, że przyjęta struktura częstości realizacji procedur stanowi oszacowanie oparte na najlepszych dostępnych danych i założeniach analitycznych. Rzeczywista struktura świadczeń po wdrożeniu nowych produktów rozliczeniowych może różnić się od struktury przyjętej na potrzeby taryfikacji, w szczególności w przypadku produktów nowych lub istotnie zmienionych względem dotychczasowych grup.

W przypadku grup ambulatoryjnych dodatkowym ograniczeniem była niepełność danych dotyczących wybranych procedur uwzględnionych w przebiegach eksperckich. W związku z tym do oszacowania części świadczeń wykorzystane zostały cenniki świadczeniodawców. Ponadto część procedur możliwych do realizacji w AOS ma obecnie charakter marginalny albo jest

wykonywana bardzo rzadko, co dodatkowo ograniczało możliwość oparcia wyceny wyłącznie na danych historycznych i utrudniało wiarygodne oszacowanie kosztów na podstawie dużej próby realizacji.

Analiza została przeprowadzona na podstawie danych pochodzących od wybranej grupy świadczeniodawców oraz odnoszących się do określonych produktów rozliczeniowych. Przekazane dane obejmowały jedynie część procedur wchodzących w skład poszczególnych grup JGP. Jednocześnie próbę należy uznać za reprezentatywną dla celu przeprowadzonej analizy, ponieważ obejmowała najczęściej realizowane świadczenia i procedury, mające zasadnicze znaczenie dla oszacowania kosztów projektowanych produktów rozliczeniowych.

Wskazane ograniczenia oraz związane z nimi ryzyka zostały częściowo zminimalizowane poprzez współpracę z ekspertami klinicznymi. W ramach prac eksperckich, w szczególności w grupach zabiegowych, zostały wprowadzone korekty obejmujące m.in. zakres stosowanych wyrobów medycznych, aktualnie wykorzystywane techniki zabiegowe odzwierciedlające bieżącą praktykę kliniczną, strukturę procedur diagnostycznych i zabiegowych, czasy trwania procedur, poziom zaangażowania personelu medycznego oraz wykorzystanie infrastruktury.

Dane wynikające z przebiegów eksperckich zostały następnie porównane z danymi sprawozdawczymi i wykorzystane do weryfikacji oraz korekty przyjętych założeń analitycznych, tak aby nowe produkty rozliczeniowe w możliwie największym stopniu odzwierciedlały rzeczywiste koszty realizacji świadczeń. W przypadku grup zachowawczych również zostały przeprowadzone konsultacje eksperckie, w szczególności w zakresie prognozowanego przypisania pacjentów do nowych grup oraz określenia długości hospitalizacji w sytuacjach budzących największe wątpliwości analityczne.

Z uwagi na zakres i charakter zmian w strukturze JGP proces taryfikacji miał charakter iteracyjny i wymagał bieżącej weryfikacji przyjętych założeń. Przedstawione wyniki należy zatem interpretować z uwzględnieniem opisanych ograniczeń, jako oszacowania przygotowane na podstawie dostępnych danych, przyjętych założeń analitycznych oraz korekt eksperckich, a nie jako bezpośrednie odwzorowanie przyszłej struktury realizacji świadczeń po wdrożeniu projektowanych zmian.

4.3 Projekt taryfy

Projekty taryf opierają się na wynikach analiz kosztów z uwzględnieniem:

- nowej charakterystyki produktów rozliczeniowych,
- propozycji liczby dni pobytu finansowanych w ramach danej grupy,
- przeliczenia wartości kosztowych na wartości punktowe z wykorzystaniem średniej ceny jednostki rozliczeniowej właściwej dla danego produktu rozliczeniowego obowiązującej do 30 czerwca 2026 roku.

Jednocześnie należy podkreślić, że z uwagi na istotny zakres zmian w charakterystyce grup oraz konieczność przekodowania danych historycznych na nową strukturę produktów rozliczeniowych, **aktualne wartości świadczeń mogą nie stanowić w pełni miarodajnego punktu odniesienia dla porównań z projektowanymi taryfami**. W analizach wartości obowiązujących świadczeń zostały określone jako średnia ważona symulowanej dotychczasowej

refundacji świadczeń przypisanych do nowych produktów rozliczeniowych na podstawie historycznych danych sprawozdawczych.

Przedstawione wartości punktowe oraz wartości wyrażone w złotych mają charakter wartości bazowych i nie uwzględniają współczynników korygujących stosowanych przez NFZ.

Projektowane zmiany w taryfach prowadzą do bardziej adekwatnego zróżnicowania wycen świadczeń, lepszego odzwierciedlenia ich złożoności oraz ponoszonych nakładów. W szczególności dotyczy to świadczeń o zwiększonej intensywności diagnostycznej i terapeutycznej, przy jednoczesnej korekcie wycen w przypadkach dotychczasowych nieadekwatności względem struktury kosztów. Z punktu widzenia systemowego zmiany te sprzyjają bardziej racjonalnej alokacji środków oraz zwiększeniu przejrzystości systemu rozliczeń.

Przyjęcie proponowanych taryf, oszacowanych na podstawie wyników analizy kosztów związanych z realizacją świadczeń, wiązać się będzie m.in. z:

- wzrostem cen taryf – najwyższym w przypadku grup DX3 Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością (+311,4%) oraz kolejno PZD03 Bronchoskopia < 18 r.ż. (+223,4%) i PZD04A Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż. (+189,3%), co wskazuje na istotne zwiększenie wyceny w obszarze najbardziej zasobo- i kosztochłonnych świadczeń,
- wyraźnym podniesieniem wycen świadczeń w obszarze chorób powszechnych, takich jak POChP czy ostre infekcje dolnych dróg oddechowych, co może wskazywać na wcześniejsze niedoszacowanie tych grup oraz ich duże znaczenie epidemiologiczne,
- pozornym obniżeniem wycen wybranych grup związanych z przewlekłą niewydolnością oddechową oraz zaburzeniami oddychania w czasie snu (DX4, DX5 oraz odpowiadających im grup pediatrycznych PDX1 i PDX2), które w dużej mierze wynika ze zmiany konstrukcji tych grup – w tym przekodowania pacjentów oraz wyodrębnienia świadczeń o odmiennej funkcji. Nowe grupy mają charakter przede wszystkim kwalifikacyjny (np. do przewlekłej tlenoterapii lub wentylacji), obejmują krótkie pobyty (zwykle do kilku dni) i nie są przeznaczone do pełnego leczenia niewydolności oddechowej. W trakcie konsultacji eksperci wielokrotnie wskazywali, że hospitalizacje związane z leczeniem niewydolności oddechowej powinny trwać co najmniej 7 dni, co znajduje odzwierciedlenie w wyższej wycenie dedykowanej grupy D52 (wzrost o 109,7%). Analogiczne zjawisko obserwuje się w grupach wyodrębnionych ze względu na czas hospitalizacji, m.in. PDX3 oraz PDX4, gdzie podział na krótsze i dłuższe pobyty wpływa na poziomy wycen i ogranicza ich bezpośrednią porównywalność,
- w przypadku świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin obserwowany spadek wyceny w części grup wynika ze zmiany sposobu organizacji świadczeń oraz przekodowania pacjentów, a nie z faktycznego obniżenia wartości świadczeń. Nowy model zakłada wyodrębnienie świadczeń krótkoterminowych (do 12 h), co skutkuje przesunięciem przypadków do innych grup i wpływa na prezentowane poziomy wycen.

Tabela 40 Projekt taryfy świadczeń - leczenie szpitalne

Produkt rozliczeniowy	Symulowana wartość aktualna		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny [%]
	[punkty]	[zł]	[punkty]	[zł]	
LECZENIE SZPITALNE					
Diagnostyka					
D05D Inwazyjno-obrazowa diagnostyka pulmonologiczna	3 265	6 396	3 133	6 138	-4,0%
D05E Kompleksowa diagnostyka pulmonologiczna	4 202	8 300	4 154	8 204	-1,2%
Zapalenia płuc, dychawica, POCHP					
D10 Dychawica oskrzelowa - leczenie > 17 r.ż.	3 476	7 007	3 787	7 633	8,9%
D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego - diagnostyka i leczenie	2 370	4 813	4 271	8 674	80,2%
D49 Uszkodzenia inhalacyjne i zapalenia zachłystowe płuc	5 453	10 976	5 095	10 255	-6,6%
D50 Zwłóknienie i pylica płuc - leczenie	5 146	10 339	4 192	8 422	-18,5%
DX1 Leczenie ostrych infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc	2 073	4 192	3 870	7 825	86,7%
DX2 Leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym	4 114	8 310	5 087	10 276	23,7%
DX3 Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością	2 083	4 138	8 570	17 024	311,4%
PDX3 Zwłóknienie i pylica płuc < 6 dni, < 18 r.ż.	5 146	10 146	2 272	4 480	-55,8%
PDX4 Zwłóknienie i pylica płuc > 5 dni, < 18 r.ż.	5 146	10 101	10 126	19 877	96,8%
Niewydolność oddychania					
D45D Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.	13 203	25 968	12 443	24 473	-5,8%
D52 Niewydolność oddechowa	2 916	5 887	6 115	12 346	109,7%
DX4 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu	13 203	25 968	4 020	7 907	-69,6%
DX5 Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu	2 916	5 913	2 010	4 076	-31,1%
PDX1 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.	13 203	25 878	4 087	8 011	-69,0%
PDX2 Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.	2 916	5 716	2 354	4 615	-19,3%
Pozostałe świadczenia zachowawcze					
D16 Zator płuczny	4 815	9 736	5 768	11 663	19,8%
D17 Ropień płuc, ropowica	5 454	10 941	8 523	17 097	56,3%
D19 Rozstrzenie oskrzeli - leczenie	4 219	8 429	4 979	9 947	18,0%
D20 Gruźlica - diagnostyka	1 892	3 705	3 084	6 039	63,0%

Produkt rozliczeniowy	Symulowana wartość aktualna		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny [%]
	[punkty]	[zł]	[punkty]	[zł]	
D26 Wysiękowe zapalenie płucnej	3 214	6 478	4 980	10 037	54,9%
D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni	4 553	8 986	5 106	10 077	12,1%
D36 Zaburzenia oddychania w czasie snu - diagnostyka	1 372	2 705	1 386	2 733	1,0%
D37E Inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż.	2 752	5 492	3 247	6 480	18,0%
D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.	2 169	4 316	2 640	5 253	21,7%
D38 Obrzęk płuc	2 839	5 828	3 918	8 043	38,0%
D51 Odma płucnowa	2 791	5 644	5 406	10 932	93,7%
D53 Nadciśnienie płucne > 17 r.ż.	5 611	11 124	5 897	11 691	5,1%
D54 Zapalenie płucnej	2 266	4 633	4 317	8 826	90,5%
D55 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji	5 654	11 143	3 423	6 746	-39,5%
PDX5 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji > 5 dni, < 18 r.ż	5 654	11 078	7 058	13 829	24,8%
Zabiegi					
D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej	23 703	44 390	23 234	43 511	-2,0%
D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej	19 034	36 670	16 414	31 622	-13,8%
D03 Duże zabiegi klatki piersiowej	8 402	16 287	10 886	21 103	29,6%
D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej	4 763	9 219	5 248	10 157	10,2%
D07 Małe zabiegi klatki piersiowej	1 910	3 690	2 245	4 337	17,5%
D07A Zabiegi klatki piersiowej	1 910	3 818	4 017	8 030	110,3%
PZD01 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	21 505	42 150	19 691	38 594	-8,4%
PZD02 Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	9 386	18 177	13 991	27 096	49,1%
PZD03 Bronchoskopia < 18 r.ż.	955	1 871	3 088	6 049	223,4%
PZD04 Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	2 167	4 218	3 453	6 721	59,3%
PZD04A Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	2 167	4 247	6 270	12 289	189,3%
Świadczenia szpitalne realizowane w czasie do 12 godzin					
DE05A Bronchoskopia	843	1 652	937	1 837	11,2%
DE05B Bronchoskopia z oceną histopatologiczną	843	1 652	985	1 931	16,8%
DE05C Bronchoskopia w znieczuleniu z oceną histopatologiczną	843	1 652	1 397	2 738	65,7%
DE10 Dychawica oskrzelowa > 17 r.ż.	3 196	6 263	804	1 576	-74,8%
DE28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej	4 550	8 918	793	1 554	-82,6%
DE46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego	2 721	5 332	878	1 721	-67,7%
DE50 Choroby śródmiąższowe	5 337	10 460	1 190	2 332	-77,7%

Produkt rozliczeniowy	Symulowana wartość aktualna		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny [%]
	[punkty]	[zł]	[punkty]	[zł]	
DE53 Nadciśnienie płucne i zatorowość płucna	5 003	9 805	1 377	2 699	-72,5%
DEX1 Zaburzenia oddychania w przebiegu chorób nerwowo-mięśniowych i chorób restrykcyjnych klatki piersiowej	-	-	894	1 752	-

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 41 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 (%)
D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej	28	19	345	829	140,3%
D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej	32	18	365	806	120,8%
D03 Duże zabiegi klatki piersiowej	21	17	365	801	119,5%
D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej	12	14	307	713	132,2%
D10 Dychawica oskrzelowa - leczenie > 17 r.ż.	19*	15	312*	441	41,3%
D16 Zator płucny	26	18	307	485	58,0%
D17 Ropień płuc, ropowica	47	34	189	489	158,7%
D19 Rozstrzenie oskrzeli - leczenie	23	18	307	444	44,6%
D26 Wysiężkowe zapalenie opłucnej	31	21	189	486	157,1%
D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni	24	17	307	450	46,6%
D37E Inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż.	16	12	257	491	91,1%
D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.	16	11	248	493	98,8%
D38 Obrzęk płuc	23	19	189	477	152,4%

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 (%)
D45D Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.	20	33	179	591	230,2%
D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego - diagnostyka i leczenie	20	17	203	437	115,3%
D49 Uszkodzenia inhalacyjne i zapalenia zachyłkowe płuc	28	18	364	487	33,8%
D50 Zwłóknienie i pylica płuc - leczenie	29	16	365	442	21,1%
D51 Odma opłucnowa	33	14	129	575	345,7%
D52 Niewydolność oddechowa	24	22	189	440	132,8%
D53 Nadciśnienie płucne > 17 r.ż.	34	18	248	587	136,7%
D54 Zapalenie opłucnej	23	17	189	434	129,6%
D55 Złazniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji	22	12	365	497	36,2%
DX1 Leczenie ostrej infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc**	-	16	-	485	-
DX2 Leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym**	-	18	-	485	-
DX3 Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością**	-	20	-	493	-
PDX4 Zwłóknienie i pylica płuc > 5 dni, < 18 r.ż.	29	17	365	648	77,5%
PZD01 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	32	16	412	900	118,4%
PZD02 Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	21	21	412	911	121,1%
PZD04A Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	4	4	212	900	324,5%
PZD04 Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	4	4	212	906	327,4%

* wyznaczone na podstawie średnich wartości dla grup D10E i D10F

** z uwagi na to, że grupy DX1, DX2, DX3 zostały wyodrębnione na podstawie przekodowania pacjentów z kilku różnych, wcześniej funkcjonujących grup, prezentacja aktualnej liczby dni finansowania w układzie porównawczym byłaby obciążona istotnymi zastrzeżeniami metodologicznymi. W związku z tym odstąpiono od jej przedstawienia w tabeli

Źródło: Opracowanie własne

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Projekty taryf dla procedur zabiegowych z obszaru leczenia chorób układu oddechowego, realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym propozycje utworzenia nowych produktów rozliczeniowych, przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 42 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 ZX1	439	819	679	1 266	54,7%
33.272 Przezoskrzelowa biopsja płuca	439	819	679	1 266	54,7%
ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX2	309	580	450	844	45,4%
32.09 Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki oskrzela	439	820	450	841	2,5%
33.24 Endoskopowa biopsja oskrzela	439	814	450	835	2,5%
34.041 Drenaż jamy opłucnowej	115	219	450	858	291,3%
ZX3 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX3	324	615	385	731	18,8%
33.21 Bronchoskopia przez przetokę	324	610	385	724	18,8%
33.22 Bronchoskopia fiberoskopowa	324	616	385	732	18,8%
33.231 Bronchoskopia autofluorescencyjna	324	596	385	708	18,8%
33.239 Bronchoskopia – inna	324	619	385	735	18,8%
ZX4 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX4	127	240	300	565	135,5%
33.26 Przezskórna igłowa biopsja płuca	259	487	300	564	15,8%
34.092 Nakłucie międzyżebra	115	225	300	588	160,9%
34.094 Nakłucie opłucnej – pobranie materiału do analiz	173	326	300	565	73,4%
34.095 Nakłucie opłucnej – punkcja odbarczająca	115	215	300	560	160,9%
34.23 Biopsja ściany klatki piersiowej,	173	332	300	575	73,4%
34.25 Przezskórna igłowa biopsja śródpiersia	173	327	300	575	73,4%
34.71 Szycie rany ściany klatki piersiowej	115	218	300	570	160,9%
34.91 Nakłucie klatki piersiowej	115	216	300	564	160,9%
ZX5 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX5	173	323	262	489	51,4%
34.24 Biopsja opłucnej	173	323	262	489	51,4%
ZX6 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX6	115	221	192	369	67,0%
98.15 Usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia	115	221	192	369	67,0%
ZX7 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX7	76	144	124	235	63,2%
97.41 Usunięcie drenu torakotomijnego lub drenu z jamy opłucnowej	76	144	124	235	63,2%

Źródło: Opracowanie własne

Projekt taryfy zakłada wzrost wyceny dla wszystkich analizowanych procedur i grup świadczeń. Największy wzrost odnotowano dla procedury 34.041 *Drenaż jamy opłucnowej*, gdzie wartość taryfy jest wyższa o 291,3% względem aktualnej wyceny – jest to najwyższa zmiana w całym zestawieniu. Na poziomie grup świadczeń najwyższy wzrost dotyczy grupy ZX4 (+135,5%).

Najniższy wzrost wyceny występuje dla procedur 32.09 *Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki oskrzela* oraz 33.24 *Endoskopowa biopsja oskrzela*, gdzie odnotowano jedynie +2,5%. W ujęciu grupowym najmniejszą zmianę wykazuje grupa ZX3 (+18,8%).

Rekomendacje AOTMiT

1. Pozostawia się do decyzji Płatnika modyfikowanie nazw poszczególnych grup JGP, list dodatkowych i innych elementów charakterystyki w kontekście wdrażania zmian spójnie z obowiązującym systemem i elementami technicznymi ustalonymi po stronie NFZ.
2. **Rekomenduje się przeprowadzenie weryfikacji wprowadzonych tariff po roku od ich wejścia w życie.** Rekomenduje się przeprowadzenie weryfikacji wprowadzonych tariff po roku od ich wejścia w życie. Po tym okresie możliwa będzie ocena funkcjonowania nowych rozwiązań w praktyce, w tym identyfikacja ewentualnych nieprawidłowości, przesunięć w strukturze sprawozdawanych świadczeń lub innych niezamierzonych skutków wdrożenia. Rekomendacja ta wynika przede wszystkim ze znaczącej zmiany charakterystyk poszczególnych grup JGP, która może mieć istotny wpływ zarówno na organizację udzielania świadczeń, jak i na ich finansowanie oraz dostępność dla pacjentów.
3. Jednocześnie wraz z wprowadzeniem tariff rekomenduje się usunięcie pomostowych współczynników korygujących, wprowadzonych do czasu zakończenia procesu taryfikacji, wynoszących 1,2 dla następujących świadczeń:
 - D05 Bronchoskopia,
 - D17 Ropień płuc, ropowica,
 - D18 Zapalenie płuc nietypowe, wirusowe,
 - D26 Wsiekowe zapalenie płucnej,
 - D38 Obrzek płuc,
 - D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego,
 - D48 Zapalenie płuc bez pw,
 - D51 Odma optucnowa,
 - D52 Niewydolność oddechowa,
 - D54 Zapalenie optucnej.

5 Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

5.1 Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

Celem analizy wpływu na budżet jest ocena konsekwencji finansowych wynikających z podjęcia decyzji o wdrożeniu proponowanych taryf dla świadczeń będących przedmiotem niniejszego raportu. W ramach analizy porównano nakłady finansowe ponoszone z perspektywy płatnika publicznego na realizację świadczeń według obecnie obowiązującej wyceny z kosztami wynikającymi z zastosowania proponowanych taryf, uwzględniając również zmiany związane z przypisaniem procedur do nowych charakterystyk grup docelowych, likwidacją pomostowych współczynników korygujących, a także zmianą liczby dni pobytu finansowanych w ramach grupy oraz zmianę wartości punktowej osobodnia finansowanego ponad ryczałt uwzględniony w grupie.

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących liczby produktów jednostkowych zrealizowanych w 2024 roku oraz średniej ceny jednostki rozliczeniowej obowiązującej do 30 czerwca 2026 roku. Należy przy tym zaznaczyć, że analiza obejmuje również świadczenia, które zostały zrealizowane, lecz nie zostały rozliczone (opłacone) przez NFZ.

W analizie uwzględniono projektowaną, docelową strukturę grup JGP wynikającą z proponowanych zmian charakterystyk świadczeń, aktualnie obowiązujące warunki rozliczania świadczeń ze względu na długość hospitalizacji, w tym hospitalizacje 0-, 1-, 2-dniowe oraz dłuższe, a także limity dni finansowanych grupą, wartość punktową osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą i projektowane zmiany w tym zakresie. Uwzględniona została również likwidacja pomostowych współczynników korygujących oraz aktualne ceny jednostki rozliczeniowej w poszczególnych zakresach świadczeń.

Oszacowanie wpływu na budżet płatnika zostało sporządzone przy wykorzystaniu procesu przekodowania produktów rozliczeniowych obowiązujących w 2024 roku na nową strukturę produktów rozliczeniowych. Z uwagi na różnice pomiędzy dotychczasowymi i projektowanymi charakterystykami produktów rozliczeniowych proces ten miał charakter symulacyjny i wymagał zastosowania określonych założeń oraz przybliżeń analitycznych. W szczególności nie we wszystkich przypadkach możliwe było jednoznaczne przypisanie świadczeń lub pacjentów do nowych produktów rozliczeniowych w relacji jeden do jednego. W konsekwencji **przedstawione wyniki należy interpretować jako szacunkowe odzwierciedlenie wpływu proponowanych zmian na budżet płatnika publicznego**, obarczone naturalnym poziomem niepewności wynikającym z przyjętej metodologii mapowania danych historycznych na nową strukturę rozliczeniową.

Szacuje się, że łączna wartość świadczeń objętych analizą wzrośnie z poziomu 3,43 mld zł do 3,79 mld zł, co oznacza **zwiększenie nakładów o ok. 352,51 mln zł, tj. o 10,3%** w skali roku. Największy wzrost finansowania obserwowany jest w leczeniu szpitalnym, gdzie wartość świadczeń zwiększa się o 350,35 mln zł (+10,2%). Wzrost ten dotyczy przede wszystkim leczenia zapaleń płuc, dychawicy oraz POChP. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej prognozuje się wzrost wartości świadczeń o ok. 2,15 mln zł (+50,3%), wynikający z urealnienia wyceń świadczeń zabiegowych. Szczegółowe informacje zostały zamieszczone w poniższej tabeli.

Tabela 43 Oszacowanie wpływu na budżet Płatnika wynikającego z implementacji projektów taryf

Produkt rozliczeniowy	Liczba realizatorów	Liczba produktów	Wartość przed zmianą [zł]	Wartość po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
LECZENIE SZPITALNE	586	402 048	3 430 282 993	3 780 636 516	350 353 523	10,2%
Diagnostyka	529	35 355	271 210 715	277 560 715	6 350 000	2,3%
D05D Inwazyjno-obrazowa diagnostyka pulmonologiczna	432	5 504	27 594 371	33 708 806	6 114 435	22,2%
D05E Kompleksowa diagnostyka pulmonologiczna	523	29 851	243 616 344	243 851 910	235 566	0,1%
Zapalenia płuc, dychawica, POChP	533	142 956	1 059 112 688	1 267 556 664	208 443 976	19,7%
D10 Dychawica oskrzelowa - leczenie > 17 r.ż.	486	15 334	106 293 761	118 318 006	12 024 245	11,3%
D46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego - diagnostyka i leczenie	497	16 749	96 389 777	148 972 524	52 582 748	54,6%
D49 Uszkodzenia inhalacyjne i zapalenia zachyłkowe płuc	410	3 918	42 028 684	42 219 441	190 756	0,5%
D50 Zwtóknienie i pylica płuc - leczenie	463	22 284	226 093 236	191 448 126	-34 645 111	-15,3%
DX1 Leczenie ostrych infekcji dolnych dróg oddechowych lub niepowikłanego zapalenia płuc	526	46 490	222 823 756	372 053 839	149 230 083	67,0%
DX2 Leczenie zapalenia płuc z określonym czynnikiem etiologicznym	499	37 506	360 199 015	388 970 628	28 771 613	8,0%
DX3 Leczenie zapalenia płuc u osób z ciężko upośledzoną odpornością	15	20	97 879	340 479	242 600	247,9%
PDX3 Zwtóknienie i pylica płuc < 6 dni, < 18 r.ż.	41	514	3 723 410	2 297 899	-1 425 512	-38,3%
PDX4 Zwtóknienie i pylica płuc > 5 dni, < 18 r.ż.	29	141	1 463 169	2 935 723	1 472 554	100,6%
Niewydolność oddychania	517	24 460	227 225 949	246 457 807	19 231 858	8,5%
D45D Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.	65	1 931	51 170 064	47 867 248	-3 302 816	-6,5%
D52 Niewydolność oddechowa	486	11 850	84 965 922	150 652 093	65 686 171	77,3%
DX4 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu	62	1 115	28 129 822	8 740 139	-19 389 683	-68,9%
DX5 Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu	487	9 186	60 788 661	37 437 896	-23 350 764	-38,4%
PDX1 Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania lub zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.	1	5	128 541	39 652	-88 889	-69,2%
PDX2 Kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii i leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu < 18 r.ż.	123	373	2 042 939	1 720 778	-322 161	-15,8%

Produkt rozliczeniowy	Liczba realizatorów	Liczba produktów	Wartość przed zmianą [zł]	Wartość po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
Pozostałe świadczenia zachowawcze	577	129 606	850 574 873	982 889 312	132 314 439	15,6%
D16 Zator płucny	528	18 407	182 169 708	219 847 808	37 678 100	20,7%
D17 Ropień płuc, ropowica	451	3 702	46 954 114	64 464 042	17 509 928	37,3%
D19 Rozstrzenie oskrzeli - leczenie	332	5 168	42 878 026	51 738 590	8 860 563	20,7%
D20 Gruźlica - diagnostyka	103	919	3 321 304	5 402 893	2 081 589	62,7%
D26 Wysiękowe zapalenie opłucnej	487	7 491	55 144 043	76 480 511	21 336 468	38,7%
D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej z powikłaniami > 3 dni	513	19 189	175 768 303	203 049 484	27 281 182	15,5%
D36 Zaburzenia oddychania w czasie snu - diagnostyka	142	33 783	91 133 026	91 438 013	304 988	0,3%
D37E Inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż.	351	6 952	35 175 211	46 209 611	11 034 399	31,4%
D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.	374	9 238	34 866 785	49 373 029	14 506 245	41,6%
D38 Obrzęk płuc	258	713	4 958 420	5 783 410	824 991	16,6%
D51 Odma opłucnowa	455	4 567	30 753 796	51 641 393	20 887 597	67,9%
D53 Nadciśnienie płucne > 17 r.ż.	101	450	5 013 228	5 395 925	382 697	7,6%
D54 Zapalenie opłucnej	69	106	559 069	968 769	409 700	73,3%
D55 Złaznienie, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji	323	10 073	102 575 205	69 402 986	-33 172 219	-32,3%
P01 Astma lub trudności w oddychaniu	37	8 471	35 911 035	36 484 622	573 587	1,6%
PDX5 Złaznienie, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji > 5 dni, < 18 r.ż.	42	377	3 393 601	5 208 225	1 814 624	53,5%
Świadczenia zabiegowe	400	54 308	959 289 763	978 883 544	19 593 781	2,0%
D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej	33	4 862	252 342 995	245 026 518	-7 316 476	-2,9%
D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej	67	7 014	282 045 447	238 513 307	-43 532 140	-15,4%
D03 Duże zabiegi klatki piersiowej	185	6 264	107 639 570	137 889 721	30 250 152	28,1%
D06 Średnie zabiegi klatki piersiowej	104	26 692	253 465 350	279 385 306	25 919 957	10,2%
D07 Małe zabiegi klatki piersiowej	129	6 309	23 592 518	27 207 440	3 614 922	15,3%
D07A Zabiegi klatki piersiowej	317	1 669	6 522 439	13 330 264	6 807 826	104,4%
PZD01 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	29	550	24 835 814	21 609 163	-3 226 650	-13,0%
PZD02 Duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	37	296	5 856 818	8 364 700	2 507 882	42,8%
PZD03 Bronchoskopia < 18 r.ż.	22	326	674 657	1 969 336	1 294 679	191,9%
PZD04 Małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	20	148	697 268	1 092 240	394 972	56,6%

Produkt rozliczeniowy	Liczba realizatorów	Liczba produktów	Wartość przed zmianą [zł]	Wartość po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
PZD04A Zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż.	33	178	1 616 888	4 495 547	2 878 659	178,0%
Świadczenia szpitalne realizowane w czasie do 12 godzin	435	15 363	62 869 005	27 288 474	-35 580 531	-56,6%
DE05A Bronchoskopia	88	2 637	4 767 704	4 866 183	98 479	2,1%
DE05B Bronchoskopia z oceną histopatologiczną	25	296	535 844	574 159	38 315	7,2%
DE05C Bronchoskopia w znieczuleniu z oceną histopatologiczną	3	4	7 311	10 952	3 642	49,8%
DE10 Dychawica oskrzelowa > 17 r.ż.	123	1 320	4 140 009	2 069 351	-2 070 658	-50,0%
DE28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej	351	7 096	33 129 129	10 683 486	-22 445 643	-67,8%
DE46 POChP i inne obturacyjne choroby układu oddechowego	147	768	2 534 532	1 336 561	-1 197 971	-47,3%
DE50 Choroby śródmiąższowe	138	2 737	14 411 297	6 353 062	-8 058 235	-55,9%
DE53 Nadciśnienie płucne i zatorowość płucna	200	505	3 343 179	1 394 719	-1 948 460	-58,3%
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	208	9 757	4 280 341	6 432 256	2 151 915	50,3%
ZX1 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX1	2	2	1 662	2 571	909	54,7%
ZX2 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX2	36	730	429 022	628 132	199 110	46,4%
ZX3 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX3	82	4 387	2 753 561	3 271 978	518 417	18,8%
ZX4 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX4	134	4 197	1 026 526	2 415 793	1 389 266	135,3%
ZX5 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX5	3	4	1 318	1 996	678	51,4%
ZX6 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX6	8	50	11 265	18 807	7 543	67,0%
ZX7 Świadczenia zabiegowe - grupa ZX7	36	387	56 987	92 979	35 992	63,2%
RAZEM	640	411 805	3 434 563 334	3 787 068 773	352 505 438	10,3%

Źródło: Opracowanie własne

Obserwowane spadki wartości w analizie wpływu na budżet płatnika wynikają przede wszystkim ze zmiany struktury i organizacji świadczeń oraz przyjętej metodyki przekodowania danych historycznych na projektowaną strukturę produktów rozliczeniowych, a nie z faktycznego obniżenia wyceny świadczeń. W szczególności należy wskazać, że nowe grupy diagnostyczne zostały wyodrębnione m.in. na podstawie przekodowania pacjentów z dotychczasowych grup D28 oraz D05, a ich celem jest zwiększenie dostępności oraz poprawa organizacji diagnostyki, w tym diagnostyki prowadzonej w kierunku nowotworów płuca. Jednocześnie aktualna grupa D28 została przeprofilowana w taki sposób, aby obejmować przede wszystkim leczenie pacjentów z chorobami nowotworowymi układu oddechowego i klatki piersiowej w przebiegu powikłań, a więc przypadki cięższe i bardziej kosztochłonne.

Jak wskazano w projekcie taryf, część nowych świadczeń, w tym świadczenia z katalogu produktów realizowanych w czasie do 12 godzin, wynika z przekodowania pacjentów z grup leczenia szpitalnego oraz przyjęcia odmiennych założeń organizacyjnych. Dotyczy to w szczególności świadczeń o krótszym czasie pobytu, niższym stopniu złożoności klinicznej oraz mniejszej zasobochłonności, które wcześniej były raportowane w ramach hospitalizacji całodobowej albo analizowane łącznie z szerszymi produktami rozliczeniowymi, obejmującymi również przypadki bardziej kosztochłonne.

Odrębnego komentarza wymaga kategoria świadczeń realizowanych w czasie do 12 godzin, dla której w symulacji oszacowano spadek wartości finansowania z 62,9 mln zł do 27,3 mln zł, tj. o 35,6 mln zł, co odpowiada zmniejszeniu o 56,6%. Wynik ten należy interpretować w kontekście przyjętej metodyki wyodrębnienia nowych produktów rozliczeniowych. Produkty te zostały wydzielone z dotychczasowych grup przy założeniu, że obejmują świadczenia możliwe do realizacji w czasie do 12 godzin, co do zasady w tym samym dniu, bez konieczności klasycznego pobytu szpitalnego. Z uwagi na odmienny, mniej kosztochłonny charakter tych świadczeń, również w dotychczasowym systemie produkty odpowiadające tego rodzaju realizacjom były co do zasady niżej wyceniane niż świadczenia wymagające hospitalizacji i dłuższego pobytu pacjenta.

Dotychczas świadczenia te były jednak analizowane łącznie z szerszymi produktami rozliczeniowymi. W konsekwencji wyodrębnienie z tych grup świadczeń o niższej kosztochłonności i przypisanie ich do odrębnych produktów rozliczeniowych w formule świadczeń realizowanych w czasie do 12 godzin skutkuje ujemnym wpływem na wartość finansowania tej części katalogu. Taki wynik nie powinien być interpretowany jako pogorszenie finansowania świadczeń, lecz jako efekt uporządkowania sposobu ich rozliczania oraz dostosowania finansowania do przewidywanego zakresu i organizacji realizacji.

Analogiczne przesunięcia widoczne są również w innych częściach katalogu. W przypadku świadczeń związanych z niewydolnością oddychania łączna wartość finansowania wzrosła z 227,2 mln zł do 246,5 mln zł, tj. o 19,2 mln zł, co odpowiada wzrostowi o 8,5%, jednak wewnątrz tej kategorii występują istotne przesunięcia pomiędzy produktami. Największy wzrost dotyczy produktu D52 Niewydolność oddechowa, natomiast spadki oszacowano m.in. w produktach DX4 oraz DX5, obejmujących diagnostykę i leczenie przewlekłej niewydolności oddychania, zaburzeń oddychania w czasie snu oraz kwalifikację do przewlekłej tlenoterapii. Oznacza to, że efekt finansowy w tej części katalogu wynika nie tylko ze zmiany poziomu taryf, lecz również z projektowanego uporządkowania zakresu i sposobu rozliczania świadczeń.

W konsekwencji obserwowane spadki w BIA nie odzwierciedlają rzeczywistego obniżenia kosztów leczenia, lecz są efektem przede wszystkim przesunięcia części pacjentów do nowych grup świadczeń o odmiennej funkcji diagnostycznej lub krótkoterminowej, podziału dotychczasowych grup według czasu hospitalizacji oraz zmiany zakresu produktów rozliczeniowych. W szczególności grupy obejmujące krótsze pobyty — zgodnie z założeniem — charakteryzują się niższym kosztem, co wynika z krótszego czasu hospitalizacji, mniejszej złożoności świadczeń oraz ograniczonego zaangażowania zasobów szpitalnych w porównaniu z hospitalizacją całodobową.

Należy przy tym podkreślić, że przedstawione wyniki mają charakter symulacyjny i zależą od przyjętych założeń dotyczących kwalifikacji oraz przepisywania świadczeń z dotychczasowych produktów do nowych produktów rozliczeniowych. Z uwagi na brak możliwości jednoznacznego przełożenia danych historycznych na nowy produkt rozliczeniowy analiza nie obejmuje grupy DEX1 Zaburzenia oddychania w przebiegu chorób nerwowo-mięśniowych i chorób restrykcyjnych klatki piersiowej. Rzeczywisty wpływ projektowanych zmian na budżet płatnika będzie zależał od praktyki sprawozdawczej po wdrożeniu nowych produktów, sposobu kwalifikacji pacjentów oraz struktury realizacji świadczeń w poszczególnych trybach organizacyjnych.

5.2 Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Projektowane zmiany w zakresie finansowania świadczeń dotyczących leczenia chorób układu oddechowego mogą wpłynąć na organizację udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności przez bardziej adekwatne przypisanie pacjentów do właściwego poziomu opieki oraz uporządkowanie sposobu rozliczania świadczeń o różnej złożoności klinicznej i organizacyjnej. Kierunek zmian zakłada odejście od modelu, w którym znaczna część diagnostyki i leczenia jest realizowana w ramach hospitalizacji całodobowej, na rzecz bardziej elastycznej struktury obejmującej leczenie szpitalne, tryby krótkiego pobytu do 12 godzin oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.

Na podstawie przeprowadzonej symulacji szacuje się, że łączna wartość finansowania świadczeń objętych analizą wzrośnie z 3 434,6 mln zł do 3 787,1 mln zł, tj. o 352,5 mln zł, co odpowiada wzrostowi o 10,3%. Zasadnicza część szacowanego skutku finansowego dotyczy leczenia szpitalnego, w przypadku którego wartość świadczeń wzrośnie z 3 430,3 mln zł do 3 780,6 mln zł, tj. o 350,4 mln zł. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wartość finansowania wzrośnie z 4,3 mln zł do 6,4 mln zł, tj. o 2,2 mln zł, przy czym mimo wysokiej dynamiki procentowej wpływ bezwzględny tej części katalogu na budżet świadczeń zdrowotnych pozostaje ograniczony.

Tabela 44 Oszacowanie wpływu na budżet Płatnika wynikającego z implementacji projektów taryf

Kategoria szpitala	Liczba podmiotów	Liczba produktów	Wartość przed zmianą [zł]	Wartość po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	208	9 757	4 280 341	6 432 256	2 151 915	50,3%
Powiatowy, gminny, miejski	59	920	427 481	616 253	188 773	44,2%
Wojewódzki	46	5 632	2 402 171	3 715 928	1 313 758	54,7%
Kliniczny	24	1 605	853 150	1 082 657	229 507	26,9%
Inny (MSWiA, wojskowy)	4	82	46 171	58 939	12 767	27,7%
Niepubliczny	75	1 518	551 369	958 478	407 110	73,8%

Kategoria szpitala	Liczba podmiotów	Liczba produktów	Wartość przed zmianą [zł]	Wartość po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
LECZENIE SZPITALNE	586	402 048	3 430 282 993	3 780 636 516	350 353 523	10,2%
Powiatowy, gminny, miejski	278	120 005	941 333 474	1 098 640 202	157 306 728	16,7%
Wojewódzki	117	170 053	1 495 666 693	1 619 481 363	123 814 670	8,3%
Kliniczny	52	69 725	667 887 595	695 424 301	27 536 706	4,1%
Inny (MSWiA, wojskowy)	26	8 406	56 990 478	64 144 062	7 153 584	12,6%
Niepubliczny	113	33 859	268 404 753	302 946 589	34 541 836	12,9%
RAZEM	640	411 805	3 434 563 334	3 787 068 773	352 505 438	10,3%

Źródło: opracowanie własne

Wyniki przedstawione w tabeli wskazują, że projektowane zmiany obejmują szeroką grupę świadczeniodawców realizujących świadczenia pulmonologiczne. Łącznie analizą objęto 640 podmiotów, które zrealizowały 411,8 tys. produktów rozliczeniowych. W leczeniu szpitalnym analizą objęto 586 podmiotów oraz 402,0 tys. produktów, natomiast w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – 208 podmiotów oraz 9,8 tys. produktów. Oznacza to, że proponowane zmiany nie dotyczą wyłącznie wąskiej grupy wyspecjalizowanych realizatorów, lecz oddziałują na różne poziomy zabezpieczenia świadczeń, w tym podmioty powiatowe, wojewódzkie, kliniczne, niepubliczne oraz podmioty resortowe.

Z perspektywy systemowej najważniejszym efektem proponowanych zmian powinno być lepsze dopasowanie miejsca realizacji świadczenia do stanu klinicznego pacjenta, zakresu koniecznych procedur oraz poziomu wymaganego zabezpieczenia organizacyjnego. Hospitalizacja całodobowa powinna być zarezerwowana przede wszystkim dla pacjentów wymagających intensywnego leczenia, monitorowania, postępowania w ostrej niewydolności oddechowej, leczenia powikłań lub dostępu do pełnego zaplecza szpitalnego. Jednocześnie świadczenia diagnostyczne, kwalifikacyjne oraz część procedur zabiegowych, które nie wymagają całodobowego pobytu, mogą być realizowane w krótszych trybach organizacyjnych, np. w ramach świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin.

Największe znaczenie organizacyjne projektowane zmiany będą miały dla leczenia szpitalnego, które koncentruje zarówno największą liczbę realizacji, jak i największą wartość finansowania. W strukturze leczenia szpitalnego największą liczbę realizatorów stanowią podmioty powiatowe, gminne i miejskie – 278 świadczeniodawców, którzy zrealizowali 120,0 tys. produktów. Dla tej grupy szacuje się wzrost wartości finansowania z 941,3 mln zł do 1 098,6 mln zł, tj. o 157,3 mln zł, co odpowiada wzrostowi o 16,7%. Może to mieć istotne znaczenie z punktu widzenia zabezpieczenia dostępności do świadczeń pulmonologicznych na poziomie lokalnym, zwłaszcza w zakresie leczenia zachowawczego, diagnostyki oraz hospitalizacji pacjentów z ostrymi infekcjami dolnych dróg oddechowych, zapaleniami płuc, POChP i niewydolnością oddychania.

W przypadku podmiotów wojewódzkich, które w leczeniu szpitalnym zrealizowały największą liczbę produktów, tj. 170,1 tys., szacuje się wzrost wartości finansowania z 1 495,7 mln zł do 1 619,5 mln zł, tj. o 123,8 mln zł. Podmioty te odpowiadają za znaczną część wolumenu świadczeń oraz pełnią istotną funkcję w zabezpieczeniu przypadków wymagających szerszego zaplecza diagnostycznego i terapeutycznego. W podmiotach klinicznych szacowany wzrost jest relatywnie niższy i wynosi 27,5 mln zł, tj. 4,1%, co może wynikać ze struktury świadczeń realizowanych

w ośrodkach klinicznych oraz z projektowanego uporządkowania katalogu produktów. Podmioty kliniczne pozostają jednak kluczowe dla realizacji świadczeń wysokospecjalistycznych, przypadków wielochorobowych oraz diagnostyki i leczenia wymagających szczególnego zaplecza kadrowego i technologicznego.

Istotne znaczenie organizacyjne ma planowane wyodrębnienie świadczeń realizowanych w czasie do 12 godzin. Taki tryb może pełnić funkcję pośrednią pomiędzy klasyczną ambulatoryjną opieką specjalistyczną a hospitalizacją całodobową. Pozwala to na objęcie opieką pacjentów stabilnych klinicznie, u których zakres diagnostyki lub procedur przekracza możliwości typowej AOS, ale jednocześnie nie uzasadnia pełnej hospitalizacji. Wprowadzenie takiego rozwiązania może ograniczyć liczbę nieuzasadnionych pobytów całodobowych, poprawić rotację łóżek szpitalnych oraz zwiększyć dostępność zasobów szpitalnych dla pacjentów wymagających bardziej intensywnej opieki.

Odrębnego komentarza wymaga obszar świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin. Produkty rozliczeniowe w tej formule zostały wydzielone z dotychczasowych produktów przy założeniu, że obejmują świadczenia możliwe do realizacji co do zasady w tym samym dniu, bez konieczności klasycznego pobytu szpitalnego. Z uwagi na odmienny, mniej kosztochłonny charakter tych świadczeń, również w dotychczasowym systemie realizacji odpowiadające tej formule były co do zasady niższe wyceniane niż świadczenia wymagające hospitalizacji i dłuższego pobytu pacjenta. Dotychczas były one jednak analizowane łącznie z szerszymi produktami rozliczeniowymi, obejmującymi również przypadki bardziej kosztochłonne. W konsekwencji wyodrębnienie świadczeń o niższej kosztochłonności do odrębnych produktów rozliczeniowych powoduje ujemny wpływ na wartość finansowania tej części katalogu. Taki wynik jest zgodny z założeniem projektowanych produktów i nie powinien być interpretowany jako pogorszenie finansowania świadczeń, lecz jako efekt uporządkowania sposobu ich rozliczania oraz dostosowania finansowania do przewidywanego zakresu i organizacji realizacji.

Równolegle rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w wybranych zakresach może przyczynić się do przesunięcia części świadczeń poza leczenie szpitalne. Dotyczy to przede wszystkim procedur o niższym ryzyku klinicznym, możliwych do wykonania bez konieczności długotrwałej obserwacji i bez potrzeby zabezpieczenia typowego dla oddziału szpitalnego. Zmiana ta może sprzyjać skróceniu ścieżki diagnostycznej pacjenta, poprawie dostępności do wybranych procedur oraz ograniczeniu hospitalizacji wynikających głównie z uwarunkowań rozliczeniowych, a nie z rzeczywistych potrzeb klinicznych. W AOS szacuje się wzrost wartości finansowania we wszystkich typach podmiotów, przy czym największy bezwzględny wzrost dotyczy podmiotów wojewódzkich, a najwyższa dynamika procentowa – podmiotów niepublicznych.

Należy jednak podkreślić, że przesunięcie świadczeń do AOS lub trybu pobytu do 12 godzin powinno mieć charakter selektywny. Kluczowe znaczenie będzie miało określenie warunków bezpieczeństwa, kryteriów kwalifikacji pacjentów oraz minimalnych wymagań organizacyjnych dla świadczeniodawców. Nie każda procedura możliwa technicznie do wykonania poza hospitalizacją całodobową powinna być automatycznie realizowana ambulatoryjnie. W przypadku procedur związanych z ryzykiem powikłań, koniecznością obserwacji lub potrzebą szybkiego dostępu do zaplecza szpitalnego bardziej właściwym rozwiązaniem może być tryb do 12 godzin albo hospitalizacja całodobowa.

Projektowane zmiany mogą również wpłynąć na sposób zarządzania zasobami kadrowymi i infrastrukturalnymi. Bardziej precyzyjne grupowanie świadczeń oraz rozdzielenie pacjentów według stopnia złożoności klinicznej może ułatwić planowanie pracy oddziałów, pracowni diagnostycznych i poradni specjalistycznych. Jednocześnie wdrożenie nowych trybów realizacji świadczeń może wymagać dostosowania organizacji pracy podmiotów leczniczych, w tym harmonogramów udzielania świadczeń, dostępności personelu, zasad obserwacji pacjentów po procedurach oraz wewnętrznych ścieżek postępowania.

Z punktu widzenia płatnika proponowane zmiany powinny zwiększyć przejrzystość rozliczeń oraz ograniczyć finansowanie świadczeń nieadekwatnie przypisanych do hospitalizacji całodobowej. Lepsze powiązanie taryfy z rzeczywistym zakresem świadczenia może ograniczyć sytuacje, w których przypadki proste i złożone są finansowane na zbliżonym poziomie. W dłuższej perspektywie może to sprzyjać bardziej racjonalnemu wykorzystaniu środków publicznych, pod warunkiem monitorowania efektów wdrożenia i weryfikacji taryf na podstawie rzeczywistych danych sprawozdawczych.

Należy podkreślić, że przedstawione wartości mają charakter symulacyjny. Analiza obejmuje nowe produkty rozliczeniowe lub produkty o zmienionej charakterystyce, dla których nie zawsze możliwe było jednoznaczne przełożenie danych historycznych na projektowany sposób rozliczania. Wymagało to zastosowania założeń i przybliżeń analitycznych, w szczególności przy przepisywaniu świadczeń realizowanych dotychczas w ramach obowiązujących grup do nowych produktów rozliczeniowych. Rzeczywisty wpływ projektowanych zmian na organizację systemu oraz budżet świadczeń zdrowotnych będzie zależał od praktyki kwalifikacji pacjentów, struktury realizacji świadczeń po wdrożeniu zmian, gotowości organizacyjnej świadczeniodawców oraz decyzji dotyczących zakresu kontraktowania.

6 Bibliografia

Baza Demografia. Główny Urząd Statystyczny (<https://demografia.stat.gov.pl>).

Fallpauschalen-Katalog 2026 (<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2026>).

Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2023 roku [red. Maria Korzeniewska-Koseta], Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2024.

Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2024 roku [red. Adam Nowiński], Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2025.

NHS England, 2026/27 NHS Payment Scheme (<https://www.england.nhs.uk/publication/2026-27-nhs-payment-scheme/>).

Program ochrony powietrza dla województwa małopolskiego (<https://powietrze.malopolska.pl/program-ochrony-powietrza/>).

Raport. Absencja chorobowa w 2023 r., Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych ZUS, Warszawa 2024.

Raport. Absencja chorobowa w 2024 r., Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych ZUS, Warszawa 2025.

Raport. Absencja chorobowa w 2025 r., Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych ZUS, Warszawa 2026.

Rekomendacja nr 98/2025 z dnia 25 lipca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Program wczesnego wykrywania raka płuca u osób ze zwiększonym, zdefiniowanym ryzykiem zachorowania, za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu programów zdrowotnych.

Spis tabel

Tabela 1 Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według najczęstszych grup chorobowych w 2023 r. oraz 2024 r. dla najczęściej występujących grup chorobowych	9
Tabela 2 Umieralność z powodu chorób układu oddechowego wg wybranych przyczyn w Polsce w latach, 2010, 2020, 2022 oraz 2023 (współczynniki na 100.000 ludności).	11
Tabela 3 Produkty odrębne możliwe do rozliczenia wyłącznie w zakresie chorób układu oddechowego ..	12
Tabela 4 Procedury możliwe do realizacji w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych.....	13
Tabela 5 Wykaz programów lekowych związanych z chorobami układu oddechowego	15
Tabela 6 Udział procentowy świadczeń realizowanych w ryczałcie PSZ i poza ryczałtem PSZ w latach 2019–2024	18
Tabela 7 Liczba świadczeń w obszarze chorób układu oddechowego w latach 2019-2024 – grupy zabiegowe	19
Tabela 8 Liczba świadczeń w obszarze chorób układu oddechowego w latach 2019-2024 – grupy zachowawcze	20
Tabela 9 Wartość świadczeń w obszarze chorób układu oddechowego w latach 2019-2024 – grupy zabiegowe	21
Tabela 10 Wartość świadczeń w obszarze chorób układu oddechowego w latach 2019-2024 – grupy zachowawcze	21
Tabela 11 Liczba i wartość świadczeń w podziale na uproszczone zakresy świadczeń w 2024 roku w rozbiciu na grupy zabiegowe i zachowawcze	23
Tabela 12 Realizacja procedur kierunkowych w JGP zabiegowych z sekcji D w 2024 roku	28
Tabela 13 Obecne przyporządkowanie procedur zabiegowych do poszczególnych grup świadczeń w AOS	32
Tabela 14 Liczba wykonanych procedur zabiegowych w AOS z obszaru chorób układu oddechowego w podziale na świadczenia (grupy), w których były sprawozdane w 2024 roku	35
Tabela 15 Zróżnicowanie dostępności kadr lekarskich z dziedziny chorób płuc, chorób płuc dzieci oraz chirurgii klatki piersiowej w latach 2019–2024	36
Tabela 16 Liczba lekarzy z dziedziny chorób płuc, chorób płuc dzieci oraz chirurgii klatki piersiowej w 2024 roku	36
Tabela 17 Liczba oddziałów chorób płuc, chorób płuc dla dzieci oraz chirurgii klatki piersiowej w latach 2019-2024	37
Tabela 18 Propozycja nowych grup zabiegowych AOS	48
Tabela 19 Kierunki zmian w grupach JGP dotyczących leczenia chorób układu oddechowego	52
Tabela 20 Nowo wydzielone grupy JGP dotyczące leczenia chorób układu oddechowego	54
Tabela 21 Wielkość pozyskanej próby danych medyczno-kosztowych w ramach postępowań nr 64, WB19, WB20, WB21, WB22	58
Tabela 22 Liczba ośrodków powstawania kosztów pozyskanych od świadczeniodawców	61
Tabela 23 Wskaźniki cząstkowe uaktualniające dane do poziomu kosztów świadczeń realizowanych do 30.06.2026 roku	63
Tabela 24 Limit dni finansowanych grupą przed i po zmianie	64
Tabela 25 Podział grup JGP według kategorii osobodnia pobytu	66
Tabela 26 Wysokość kosztu osobodnia w poszczególnych kategoriach, po aktualizacji do 30.06.2026 roku	68
Tabela 27 Wysokość kosztu osobodnia w poszczególnych JGP, po aktualizacji do 30.06.2026 roku	68
Tabela 28 Propozycja zmian wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą, po aktualizacji do 30.06.2026 roku	69
Tabela 29 Średni koszt pobytu po aktualizacji do 30.06.2026 roku	71
Tabela 30 Średnie koszty leków, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych w analizowanych grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.)	73

Tabela 31 Średnie koszty leków, wyrobów medycznych, procedur diagnostycznych oraz procedur zabiegowych w analizowanych grupach zabiegowych (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.)	75
Tabela 32 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego oraz działu anestezjologii, po aktualizacji do 30.06.2026 roku	77
Tabela 33 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury sali zabiegowej (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.)	78
Tabela 34 Stawki godzinowe brutto-brutto głównych kategorii personelu realizującego procedurę zabiegową	78
Tabela 35 Średni czas zajęcia infrastruktury do zabiegu.....	79
Tabela 36 Wyniki analizy kosztów grup zachowawczych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.)	80
Tabela 37 Wyniki analizy kosztów grup zabiegowych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.)	83
Tabela 38 Wyniki analizy kosztów świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.)	85
Tabela 39 Wyniki analizy kosztów grup w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.)	86
Tabela 40 Projekt taryfy świadczeń - leczenie szpitalne	90
Tabela 41 Projekt liczby dni pobytu finansowanych grupą oraz wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą.....	92
Tabela 42 Projekt taryfy dla świadczeń zabiegowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej	94
Tabela 43 Oszacowanie wpływu na budżet Płatnika wynikającego z implementacji projektów taryf	97
Tabela 44 Oszacowanie wpływu na budżet Płatnika wynikającego z implementacji projektów taryf	101

Spis rysunków

Rysunek 1 Liczba i wartość świadczeń w obszarze chorób układu oddechowego - leczenie szpitalne w okresie 2019-2025 (I połowa)	18
Rysunek 2 Średnia cena jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ	18
Rysunek 3 Zmiana refundacji NFZ w wyniku zmian ceny jednostki rozliczeniowej dla wybranych JGP	19
Rysunek 4 Liczba świadczeniodawców realizujących w 2024 r. świadczenia w obszarze chorób układu oddechowego.....	22
Rysunek 5 Liczba hospitalizacji [w tys.] oraz liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców w obszarze chorób układu oddechowego w podziale na województwa w 2024 roku	23
Rysunek 6 Struktura liczby świadczeń z obszaru chorób układu oddechowego oraz liczba realizatorów w podziale na kategorię szpitala w 2024 roku	24
Rysunek 7 Struktura liczby świadczeń z obszaru chorób układu oddechowego oraz liczba realizatorów w podziale na kategorię szpitala w 2024 roku dla grup zabiegowych	25
Rysunek 8 Struktura liczby świadczeń z obszaru chorób układu oddechowego oraz liczba realizatorów w podziale na kategorię szpitala w 2024 roku dla grup zachowawczych	25
Rysunek 9 Struktura wartości świadczeń z obszaru chorób układu oddechowego w 2024 roku w podziale na kategorię szpitala i typ grupy	26
Rysunek 10 Struktura liczby świadczeń w ujęciu liczbowym i procentowym w 2024 roku w podziale na kategorię szpitala i typ grupy.....	26
Rysunek 11 Średni czas pobytu pacjenta [w dniach] rozliczonego daną grupą JGP w 2024 roku	27
Rysunek 12 Struktura liczby świadczeń w podziale na rozpoznania główne zgodnie z ICD-10 w obszarze chorób układu oddechowego w 2024 roku dla grup zabiegowych.....	27
Rysunek 13 Struktura liczby świadczeń w podziale na rozpoznania główne zgodnie z ICD-10 w obszarze chorób układu oddechowego w 2024 roku dla grup zachowawczych.....	28
Rysunek 14 Liczba realizatorów wybranych świadczeń zabiegowych w AOS w 2024 roku	33
Rysunek 15 Liczba świadczeń przypisanych do poszczególnych grup zabiegowych w AOS w 2024 roku ..	34

Rysunek 16 Realizacja procedur ICD-9 sprawozdawanych w ramach wybranych świadczeń zabiegowych AOS z obszaru chorób układu oddechowego w 2024 roku	35
Rysunek 17 Średnia liczba osób oczekujących - przypadki pilne.	37
Rysunek 18 Średni czas oczekiwania [dni] - przypadki pilne.	38
Rysunek 19 Średnia liczba osób oczekujących - przypadki stabilne.	39
Rysunek 20 Średni czas oczekiwania [dni] – przypadki stabilne.	39
Rysunek 21 Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według kategorii szpitala.	60
Rysunek 22 Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według poziomu sieci szpitala.	60
Rysunek 23. Rozkład kosztu osobodnia [zł] w oddziałach odpowiadających za 82,18% realizacji świadczeń, po aktualizacji do 30.06.2026 r., w podziale na kategorię szpitala.	67
Rysunek 24 Rozrzut kosztów godzinowych zajęcia infrastruktury bloku operacyjnego, działu anestezjologii i sali zabiegowej (dane uaktualnione do 30.06.2026 r.).	76
Rysunek 25. Struktura kosztów całkowitych w grupach zachowawczych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.).	82
Rysunek 26 Struktura kosztów całkowitych w grupach zabiegowych (dane uaktualnione do 30 czerwca 2026 r.).	84

7 Załączniki

- Załącznik 1. Charakterystyka świadczeń gwarantowanych związanych z realizacją zakresu choroby układu oddechowego (kody ICD-10 i ICD-9)
- Załącznik 2. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w oddziałach chorób płuc
- Załącznik 3. Świadczenia szpitalne rozliczane w ramach chorób układu oddechowego
- Załącznik 4. Katalog produktów do sumowania z zakresu choroby płuc
- Załącznik 5. Stan finansowania w wybranych krajach
- Załącznik 6. Nowa charakterystyka JGP dla świadczeń szpitalnych realizowanych w czasie do 12 godzin
- Załącznik 7. Nowa Charakterystyka JGP
- Załącznik 8. Lista świadczeniodawców