



Agencja Oceny Technologii
Medycznych i Taryfikacji
Wydział Taryfikacji

Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

nr WT.521.18.2016

Świadczenia gwarantowane obejmujące **leczenie chorób kręgosłupa**

Objaśnienia skrótów

Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
BASiW	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych
CPL	Porównawczy poziom cen (ang. <i>Comparative Price Levels</i>)
EBM	Medycyna oparta na faktach (ang. <i>Evidence-based medicine</i>)
DALY	lata życia skorygowane niesprawnością (ang. <i>disability adjusted life-years</i>)
DRG	Ang. <i>Diagnostic-Related Group</i>
FK	dane finansowo-księgowe
ICD-9	międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych – wersja polska (ang. <i>International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures</i>)
ICD-10	międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
JGP	jednorodne grupy pacjentów
Metodyka	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
MRI	rezonans magnetyczny (ang. <i>magnetic resonance imaging</i>)
n	Liczba obserwacji
nd.	nie dotyczy
NFZ/Płatnik	Narodowy Fundusz Zdrowia
NHS	ang. <i>National Health Service</i>
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. <i>Organisation for Economic Cooperation and Development</i>)
OPK	ośrodek powstawania kosztów
PKB per capita	Produkt Krajowy Brutto w przeliczeniu na jednego mieszkańca
PPP	Parytet siły nabywczej (ang. <i>Purchasing Power Parity</i>)
PSZ	system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej tzw. sieć szpitali
PTCHK	Polskie Towarzystwo Chirurgii Kręgosłupa
RKP	Raport Kadrowo-Płacowy
RTG	zdjęcie rentgenowskie
TK	tomografia komputerowa
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)
WB	dane pochodzące ze współpracy bieżącej
WT	Wydział Taryfikacji
YLD	utrata lat życia spowodowana niepełnosprawnością (ang. <i>years lived with disability</i>)

Spis treści

1. Problem decyzyjny	5
2. Taryfikowane świadczenie.....	7
2.1. Charakterystyka świadczenia	7
2.2. Aktualny sposób finansowania w Polsce.....	10
2.3. Przebudowa katalogu JGP	14
2.4. Analiza popytu i podaży	17
2.4.1. Statystyki	17
2.4.2. Inne istotne informacje	38
2.5. Stan finansowania w innych krajach	51
2.6. Cenniki komercyjne.....	53
2.7. Uwagi do świadczenia	55
2.7.1. Uwagi zgłoszone przez interesariuszy	55
2.7.2. Uwagi, rekomendacje ekspertów.....	56
2.7.3. Ustalenia w zakresie uwag	59
3. Projekt taryfy.....	61
3.1. Pozyskanie danych	61
3.1.1. Dane finansowo–księgowe.....	62
3.1.2. Dane o wynagrodzeniach	63
3.1.3. Dane medyczno–kosztowe.....	63
3.1.4. Współpraca z ekspertami	65
3.2. Analiza danych	69
3.2.1. Mnożnik zmian wielkości kosztów	69
3.2.2. Czas hospitalizacji.....	70
3.2.3. Koszt osobodnia, infrastruktury i koszty wynagrodzeń.....	71
3.2.4. Koszty zmienne.....	74
3.2.5. Wynik analizy kosztów	79
3.2.6. Odwrócona piramida świadczeń	80
3.3. Analiza wrażliwości	83
3.4. Projekt taryfy.....	83
4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej	86

4.1.	Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	86
4.2.	Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej	88
5.	Najważniejsze informacje, wnioski i rekomendacje	90
6.	Bibliografia	94
7.	Spis tabel i wykresów	95
8.	Załączniki.....	99

1. Problem decyzyjny

Niniejszy raport jest dokumentacją procesu przygotowania projektu taryfy świadczenia gwarantowanego opieki zdrowotnej.

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

Zakres wskazany w ww. planie taryfikacji, pismem znak: ASG.4088.5.2018.KoM z dnia 13.02.2018 r., został rozszerzony o inne produkty wykorzystywane do rozliczania świadczeń stosowanych w leczeniu chorób kręgosłupa z zaleceniem przebudowy katalogu JGP w zakresie chirurgii kręgosłupa.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że w dniu 26.10.2017 r. raport nr WT.521.18.2016 *Zabiegi kręgosłupa oraz diagnostyka i leczenie zespołów bólowych kręgosłupa finansowane w ramach JGP: H51 – H56D* był przedmiotem konsultacji z Radą ds. Taryfikacji, w wyniku których, jak wskazuje rekomendacja ww. Rady, zasadne jest „*Wstrzymanie publikacji raportu do czasu przebudowy grup JGP we współpracy ze środowiskiem oraz aktualizacja analiz kosztowych na podstawie nowych/dodatkowych danych dotyczących w szczególności stosowanych wyrobów medycznych oraz rozległości zabiegu*”.

W uzasadnieniu wskazano na niedostateczną współpracę świadczeniodawców w zakresie przekazywania danych kliniczno-kosztowych, zwrócono uwagę na liczne nieprawidłowości w kodowaniu i rozliczaniu świadczeń z przedmiotowego obszaru oraz konieczność uporządkowania katalogu JGP.

Uwzględniając powyższe, Agencja podjęła współpracę z ekspertami klinicznymi z Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa (PTCHK), którzy przygotowali propozycję zmian w ramach grup JGP, w zakresie których możliwe są do rozliczenia procedury/rozpoznanie (załącznik nr 1) dedykowane leczeniu chorób kręgosłupa, głównie chirurgii kręgosłupa.

Biorąc pod uwagę wytypowane przez ekspertów klinicznych grupy JGP do przebudowy, przedmiotem raportu są procedury i rozpoznania zawarte w obecnej charakterystyce (załącznik nr 1) nw. świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 147 z późn. zm.) identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia, określonymi w załączniku 1a do zarządzenia nr 37/2024/DSOZ NFZ z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm.:

- A04 Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu* (5.51.01.0001004)
- A22 Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym* (5.51.01.0001022)
- A23 Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym* (5.51.01.0001023)
- A24 Małe zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym* (5.51.01.0001024)
- A25 Zabiegi na nerwach obwodowych* (5.51.01.0001025)
- A26 Zabiegi zwalczające ból i na układzie współczulnym* (5.51.01.0001026)
- A27 Inne zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym* (5.51.01.0001027)
- H51 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa* (5.51.01.0008051)
- H52 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów* (5.51.01.0008052)

- H53 Zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów* (5.51.01.0008053)
- H55 Zabiegi artroskopowe i przezskórne w zakresie kręgosłupa* (5.51.01.0008055)
- H56C Zespoły bólowe kręgosłupa < 4 dni (5.51.01.0008057)
- H56D Zespoły bólowe kręgosłupa > 3 dni (5.51.01.0008058)
- PZH08 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa < 18 r.ż.* (5.51.01.0018055)

zwane dalej: świadczeniami szpitalnymi obejmującymi leczenie chorób kręgosłupa.

Jednocześnie procesem taryfikacyjnym objęte zostały produkty odpowiednio z katalogu produktów:

- do sumowania 1c 5.53.01.0001319 *Przeszczepy kostne allogeniczne sterylizowane radiacyjnie* możliwy do rozliczenia w grupach JGP będących przedmiotem raportu
- odrębnych 1b 5.52.01.0001532 *Neuromodulacja krzyżowa - I etap - wszczepienie elektrody testowej*.

Dodatkowo należy zaznaczyć, że część grup była już przedmiotem prac taryfikacyjnych, zgodnie z informacjami zawartymi w poniższej tabeli.

Tabela 1 Wykaz JGP będących przedmiotem prac taryfikacyjnych w latach ubiegłych

Kod JGP	Nazwa JGP	Data obwieszczenia Prezesa AOTMiT	Numer Raportu Taryfikacyjnego
A04	Wszczepienie/ wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu*	29.12.2016 r	32/2016
A22	Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym*	29.06.2016 r	6/2016

Źródło: Opracowanie własne.

Uwzględniając kompleksowe podejście do analizowanego zagadnienia, należy podkreślić że, w ramach prac prowadzonych przez Agencję, dokonano również przeglądu ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w kontekście możliwości realizacji wybranych procedur w trybie ambulatoryjnym.

Przeprowadzona analiza objęła relację pomiędzy wycenami świadczeń a trybem ich realizacji (ambulatoryjnym vs. stacjonarnym), co ma istotne znaczenie z perspektywy optymalizacji procesu leczenia, efektywnego wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia oraz poprawy dostępności świadczeń dla pacjentów.

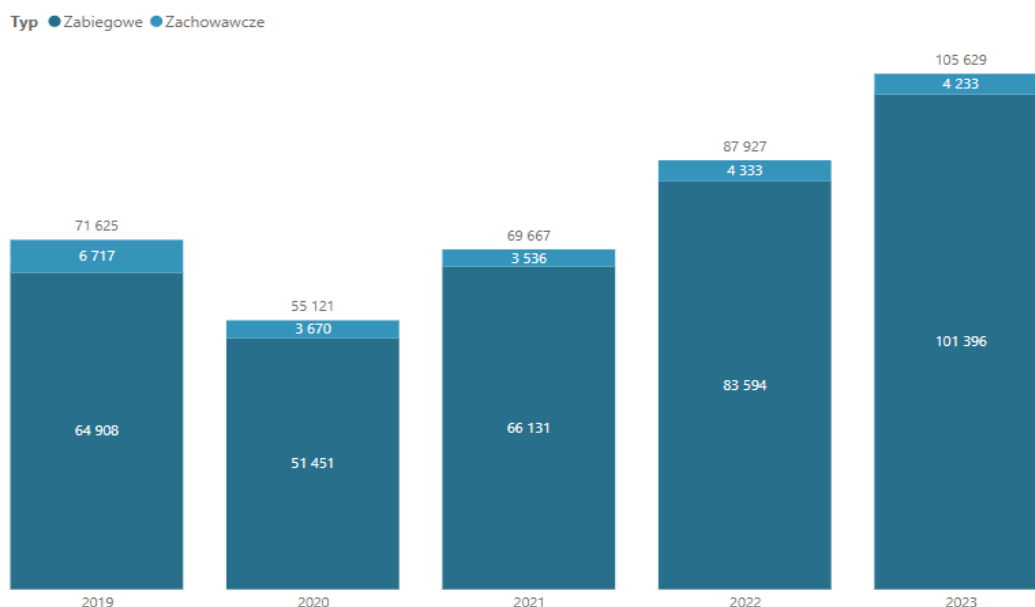
Włączenie świadczeń ambulatoryjnych do oceny umożliwia lepsze dopasowanie organizacyjne i finansowe modelu opieki, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa i jakości udzielanych świadczeń. Takie podejście pozwala również identyfikować obszary, w których istnieje potencjał do przeniesienia części interwencji z trybu stacjonarnego do ambulatoryjnego, bez uszczerbku dla efektów klinicznych.

2. Taryfikowane świadczenie

2.1. Charakterystyka świadczenia

Problem zdrowotny

Konsekwencją rosnącej długości życia i rozpowszechnienia chorób cywilizacyjnych oraz zmian zachodzących w stylu życia jest wzrost m.in. liczby osób cierpiących z powodu dolegliwości związanych z chorobami kręgosłupa. Powyższe znajduje odzwierciedlenie w rosnącej liczbie pacjentów wymagających leczenia operacyjnego w obrębie kręgosłupa. W 2019 r. liczba hospitalizacji rozliczonych w ramach zabiegowych grup JGP w Polsce wynosiła około 65 tys., podczas gdy w 2023 roku wzrosła do około 101 tys. Obserwowany jest wyraźny trend wzrostowy w liczbie hospitalizacji związanych z zabiegami rozliczanymi JGP, z wyjątkiem roku 2020, co prawdopodobnie było wynikiem pandemii COVID-19. Natomiast hospitalizacje związane z zachowawczym leczeniem chorób kręgosłupa odnotowały spadek w 2020 roku, jednak od tego momentu wykazują trend wzrostowy – w porównaniu lat 2020 i 2023 wzrost ten wyniósł blisko 20%. Szczegóły przedstawiono na poniższym wykresie.



Wykres 1 Realizacja w podziale na kategorię JGP w latach 2019-2023.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Choroby kręgosłupa

Schorzenia kręgosłupa stanowią jedną z najczęstszych przyczyn wizyt u lekarza pierwszego kontaktu, absencji chorobowej, a w wielu przypadkach powodują utratę zdolności do wykonywania zawodu lub też utraty ogólnej sprawności (inwalidztwa). Choroby narządu ruchu zajmują obecnie trzecie miejsce wśród dolegliwości trapiących osoby w wieku średnim, stanowiąc połowę schorzeń przewlekłych ludzi po 50 r.ż. W krajach wysoko rozwiniętych zespoły bólowe kręgosłupa są najczęstszą przyczyną ograniczenia aktywności zawodowej osób poniżej 45 r.ż., a w grupie wiekowej 50-64 lat przewyższają je tylko schorzenia kardiologiczne oraz choroby reumatyczne (Program Promocji Zdrowia, 2023).

Główne przyczyny hospitalizacji pacjentów wymagających leczenia zabiegowego lub zachowawczego wspomnianych chorób kręgosłupa to:

- zmiany zwyrodnieniowe,

- zespoły uciskowe i neuropatie,
- deformacje kręgosłupa,
- urazy i złamania samoistne,
- nowotwory.

Zgodnie z analizą danych sytuacji epidemiologicznej w kraju pod kątem niepełnosprawności/utruty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością (YLD – Years Lived with Disability), choroby układu mięśniowo-szkieletowego były jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności/utruty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością Polaków w 2021 r. W 2021 r. aż około 84,59% wartości wskaźnika YLD w Polsce przypadało na choroby niezakaźne, z których znaczną część, bo około 26% stanowiły choroby układu mięśniowo-szkieletowego. Największy wpływ miały bóle dolnej części pleców, odpowiadające za 14,13% wartości wskaźnika. Na 11. miejscu wśród chorób niezakaźnych znalazły się bóle odcinka szyjnego kręgosłupa, stanowiące 2,44% wartości YLD (*Institute for Health Metrics and Evaluation, 2024*).

W 2021 roku choroby niezakaźne były główną przyczyną utraty zdrowia w Polsce, odpowiadając za 74,37% wskaźnika DALY (Disability-Adjusted Life Years). W porównaniu z 2019 rokiem odnotowano spadek o około 13,39%. Wśród tych chorób, zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego zajęły trzecie miejsce, stanowiąc 7,61% całości wskaźnika DALY. Mimo istotnego wpływu na jakość życia, zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego odpowiadały jedynie za około 0,1% wszystkich zgonów w Polsce w 2021 roku, co świadczy o ich przewlekłym charakterze, ale relatywnie niskiej śmiertelności (*Institute for Health Metrics and Evaluation, 2024*).

Leczenie chorób kręgosłupa

Metody leczenia chorób kręgosłupa w zależności od stopnia nasilenia objawów i zmian w samym kręgosłupie dzielimy na metody farmakologiczne, rehabilitacyjne i operacyjne.

Metody farmakologiczne obejmują zwykle leczenie lekami przeciwbólowymi, najczęściej tzw. niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi. Metody rehabilitacyjne obejmują wiele różnych zabiegów z dziedziny: fizykoterapii, kinezyterapii czy o charakterze balneologicznym.

W ramach leczenia szpitalnego, w grupach zabiegowych wykonywane są operacje, wśród których można wyróżnić 4 podstawowe grupy:

- stabilizacja kręgosłupa:
 - poprzez usztywnienie stawów kręgosłupa (artrodeza),
 - poprzez ustabilizowanie kręgów (spondylodeza),
- operacje odtwórcze i naprawcze,
- zabiegi odbarczające rdzeń kręgowy,
- zabiegi związane z leczeniem bólu.

Zaznaczyć należy, że leczenie schorzeń kręgosłupa nie jest domeną jednej dziedziny medycyny, a spektrum świadczeń realizowanych w omawianych grupach jest bardzo szerokie. W zależności od rozpoznania i zaawansowania choroby, liczby operowanych poziomów kręgosłupa, zastosowanych implantów, stosowanych technik operacyjnych i dodatkowych badań śródoperacyjnych (neuronawigacja, badanie RTG, MRI) oraz stopnia skomplikowania zabiegów, ich czas trwania i ryzyko powikłań są bardzo różne.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że w zabiegach kręgosłupa wykorzystywanych jest szereg wyrobów medycznych, nierzadko o wysokim koszcie jednostkowym, których zastosowanie zasadniczo stanowi o skuteczności i powodzeniu przeprowadzonego zabiegu.

Jednocześnie w opinii ekspertów współpracujących z Agencją, kluczowe znaczenie dla kosztów zabiegu ma liczba operowanych poziomów kręgosłupa oraz rodzaj i liczba zastosowanych implantów.

Absencja chorobowa

Choroby kręgosłupa przynależą typowo do dwóch poniższych grup chorobowych stanowiących przyczynę absencji chorobowej w Polsce:

- *choroby układu nerwowego;*
- *choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej.*

W 2022 r. liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS związanej z chorobami układu nerwowego oraz układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej stanowiła łącznie 22,8%, a w 2023 r. łącznie – 23,1%, co stawia te grupy chorób w czołówce schorzeń przyczyniających się do zwolnień lekarskich w kraju.

Najdłuższe absencje związane z ww. grupami chorobowymi w 2023 r. powodowały następujące jednostki chorobowe:

- *zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54)*, co stanowiło 3,9% ogółu liczby absencji (3 miejsce w rankingu po opiece położniczej z powodu stanów związanych głównie z ciążą oraz ostrym zakażeniu górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym);
- *bóle grzbietu (M54)*, co stanowiło 3,7% ogółu liczby absencji (5 miejsce w rankingu);
- *inne choroby kręzka międzykręgowego (M51)*, co stanowiło 2,3% ogółu liczby absencji (7 miejsce w rankingu).

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę dni absencji chorobowej w latach 2022-2023 z powodu różnych grup chorób, w tym chorób układu nerwowego oraz chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej.

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

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

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

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

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

Zgony

Urazy i złamania kręgosłupa lub kości miednicy są jedną z najczęstszych bezpośrednich przyczyn zgonów z powodu urazów wielonarządowych. Składowymi urazów wielonarządowych są natomiast bardzo często obrażenia kostne (kręgosłup, miednica, kończyny), urazy głowy, klatki piersiowej czy brzucha. Przeważającym mechanizmem ww. urazów, prowadzącym do zgonów były wypadki komunikacyjne oraz upadki z wysokości (Ciechanowicz, 2020).

Zgony spowodowane przyczynami zewnętrznymi (głównie urazami i zatruciami) stanowiły w 2023 r. 4,8% wszystkich zgonów².

2.2. Aktualny sposób finansowania w Polsce

Rozporządzenie koszykowe

Świadczenia gwarantowane dotyczące leczenia chorób kręgosłupa 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 do raportu przedstawiono: szczegółowe warunki, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych będących przedmiotem raportu, określone w części I załącznika nr 3 ww. rozporządzenia.

Zarządzenia Prezesa NFZ

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

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

W zakresie będącym przedmiotem raportu tj. leczenia chorób kręgosłupa możliwych jest do realizacji 14 JGP (w tym 12 grup zabiegowych i 2 grupy zachowawcze):

- ✓ 7 z sekcji A Choroby układu nerwowego,
- ✓ 6 z sekcji H Choroby układu mięśniowo – szkieletowego,
- ✓ 1 z sekcji PZ Choroby dzieci – leczenie zabiegowe,

na podstawie, których eksperci z Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa (PTCHK) skonstruowali nowy katalog grup JGP.

²https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/40/4/1/sytuacja_demograficzna_polski_do_2023.pdf (dostęp w dniu 03.01.2025 r.)

Produkty odrębne

Katalog produktów odrębnych określa załącznik nr 1b do zarządzenia 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm.

W poniższej tabeli przedstawiono produkt z katalogu produktów odrębnych możliwy do realizacji wyłącznie w zakresach: *położnictwo i ginekologia oraz urologia i urologia dla dzieci*.

Tabela 3 Produkt z katalogu 1b możliwy do rozliczenia wyłącznie w zakresach położnictwa i ginekologii oraz urologii.

Kod produktu	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Tryb realizacji świadczeń			Uwagi
			tryb ambulatoryjny	tryb jednodniowy	hospitalizacja	
5.52.01.0001532	Neuromodulacja krzyżowa – I etap - wszczęcie elektrody testowej	5 084			X	produkt dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Neuromodulacja krzyżowa, o których mowa w lp. 43 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie zarządzenia NFZ.

Produkty do sumowania

Produkty do sumowania określa załącznik nr 1c do zarządzenia 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm.

W tabeli poniżej przedstawiono produkty do sumowania możliwe do realizacji wyłącznie w zakresie: *ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci*.

Tabela 4 Produkt z katalogu 1c możliwe do rozliczenia wyłącznie w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu

Kod produktu	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Tryb realizacji świadczeń			Uwagi	Możliwość sumowania	
			tryb ambulatoryjny	tryb jednodniowy	hospitalizacja		kat. 1a	kat. 1b
5.53.01.0001319	Przeszczepy kostne allogeniczne sterylizowane radiacyjnie	108			X	(za każde 10 cm ³ powyżej 30 cm ³) - obejmuje koszty przeszczepów z Banku Tkanek potwierdzone fakturą	X	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie zarządzenia NFZ.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

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

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

Tabela 5 Procedury możliwe do realizacji w warunkach ambulatoryjnych

Nazwa JGP	Wartość pkt JGP	Kod i nazwa procedury ICD-9	Nazwa świadczenia AOS	Wartość pkt AOS
A26 Zabiegi zwalczające ból i na układzie współczulnym *	767	03.901 Wprowadzenie cewnika do przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia z przerywanym lub ciągłym wlewem leku	Z105 Świadczenia zabiegowe - grupa 105	232
		03.921 Dokanałowe wstrzyknięcie sterydów	Z104 Świadczenia zabiegowe - grupa 104	184
		04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego	Z13 Świadczenia zabiegowe - grupa 13	1 039
		04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą		
		04.80 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego - nieokreślone inaczej	Z10 Świadczenia zabiegowe - grupa 10	80
		04.81 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego		
		05.31 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu współczulnego	Z102 Świadczenia zabiegowe - grupa 102	115
		05.39 Wstrzyknięcie do nerwu współczulnego lub zwoju - inne		

Średnia cena punktu AOS – 1,84 zł, SZP – 1,96zł. (od lipca 2025 r.)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie obowiązujących zarządzeń Prezesa NFZ.

Współczynniki korygujące

Jednym z elementów mechanizmu rozliczania świadczeń zdrowotnych dotyczących schorzeń objętych niniejszym raportem jest stosowanie współczynników korygujących ustalanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Współczynniki te – pełniąc funkcję mnożników – modyfikują podstawową wycenę procedur medycznych, uwzględniając różnicowanie poziomu złożoności leczenia, specyfikę kliniczną pacjentów oraz inne czynniki mające istotny wpływ na kosztochłonność udzielanych świadczeń w analizowanym obszarze. Najczęściej dotyczą one wybranej subpopulacji pacjentów bądź też świadczeniodawców i mają na celu zrekomensowanie wyższych kosztów ponoszonych przez te podmioty lub w związku z leczeniem pacjentów o szczególnych potrzebach. Zastosowanie współczynnika zazwyczaj uzależnione jest od spełnienia określonych warunków brzegowych.

Zgodnie z Zarządzeniem nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.) dla świadczeniodawców udzielających świadczeń rozliczanych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia, w załączniku nr 3d określono katalog produktów dedykowanych dla wybranych JGP, dla których przewidziano zastosowanie współczynników korygujących. W ramach tego katalogu, dla grupy A22 Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym – ustalono współczynnik korygujący w wysokości 1,2.

Dodatkowo wskazane powyższej zarządzenie określa następujące współczynniki korygujące dla świadczeniodawców udzielających świadczeń na rzecz dzieci w wieku odpowiednio:

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

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

Dodatkowo w Rekomendacji nr 72/2025 z dnia 24 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej umieszczono propozycję zmiany brzmienia załącznika nr 3 do zarządzenia nr 130/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 grudnia 2024 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (NFZ z 2024 r. poz. 130 z późn. zm.). Zgodnie z nią rekomenduje się usunięcie z listy JGP uprawniających do otrzymania współczynnika korygującego produktów rozliczeniowych H51 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa * oraz PZH08 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa < 18 r.ż. *.³

Programy lekowe

Programy lekowe w zakresie leczenia chorób układu mięśniowo-szkieletowego obejmują kompleksową opiekę nad pacjentami dotkniętymi zesztywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa oraz neurogenną nadreaktywnością wypieracza. W ramach programów pacjenci mają dostęp do specjalistycznych terapii oraz do ścisłego monitorowania stanu zdrowia.

Tabela 6 Wykaz programów lekowych dedykowanych chorobom układu mięśniowo-szkieletowego

Kod	ICD-10	Nazwa programu
03.0000.336.02	M45	Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)
03.0000.373.02	N31	Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza
03.0000.382.02	M46.8	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK

Źródło: Opracowanie własne na podstawie zarządzenia 9/2025/DGL NFZ z dnia 30 stycznia 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe z późn. zm.

Programy zdrowotne

W Polsce funkcjonują publicznie finansowane programy zdrowotne, które wspierają profilaktykę i rehabilitację osób z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego na poziomie regionalnym. Poniżej przedstawiono wybrane programy, które swym zakresem obejmują pacjentów dotkniętych chorobami kręgosłupa:

- Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej. Program na lata 2024-2029 z perspektywą kontynuacji – województwo małopolskie (Program na lata 2024-2029);
- Program rehabilitacji i wspierania aktywności ruchowej mieszkańców województwa łódzkiego, skierowany do mieszkańców miasta Łodzi ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-szkieletowego, mięśniowego i tkanki łącznej (Program rehabilitacji, Łódź);

³ Na dzień publikacji raportu zarządzenie Prezesa NFZ implementujące proponowaną zmianę nie zostało jeszcze opublikowane.

- Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego na lata 2022-2026 - obejmujący również profilaktykę chorób układu mięśniowo-szkieletowego (Polityka zdrowotna – mazowieckie, 2022-2026);
- Program prozdrowotny w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy na lata 2022-2026 – województwo lubelskie, (Program Promocji Zdrowia, 2023).

2.3. Przebudowa katalogu JGP

Zgodnie z rekomendacją Rady ds. Taryfikacji, o której mowa we wstępie raportu, Agencja rozpoczęła prace zmierzające do rekonstrukcji katalogu JGP.

W celu realizacji rekomendacji Rady ds. Taryfikacji zaproszono do współpracy ekspertów klinicznych Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa (PTCHK). W ramach tej współpracy eksperci przygotowali propozycję zmian w obrębie Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), umożliwiającą rozliczanie procedur i rozpoznań dedykowanych leczeniu schorzeń kręgosłupa, w szczególności w zakresie chirurgii kręgosłupa.

Zdaniem specjalistów z PTCHK, aktualny katalog JGP obejmujący procedury chirurgiczne stosowane w leczeniu chorób kręgosłupa jest nieadekwatny – zarówno pod względem zakresu, jak i stopnia szczegółowości. Eksperci zwracają uwagę, że nie odzwierciedla on rzeczywistego, często wysokiego poziomu złożoności zabiegów wykonywanych w codziennej praktyce klinicznej. Oznacza to, że przy kodowaniu najczęściej wykonywanych procedur brakuje odpowiednich grup JGP, które w sposób precyzyjny odpowiadałyby realizowanym interwencjom chirurgicznym.

Konsekwencją tego stanu rzeczy jest konieczność przypisywania świadczeń do grup JGP, które jedynie w przybliżeniu odpowiadają charakterowi przeprowadzonego leczenia, co prowadzi do nieścisłości w dokumentacji oraz potencjalnych trudności w procesie rozliczania świadczeń zdrowotnych.

Eksperci zwracają również uwagę na istotne luki w obecnym katalogu – brakuje w nim pozycji uwzględniających nowoczesne procedury chirurgiczne, które pojawiły się w praktyce klinicznej w wyniku rozwoju technologii. Dotyczy to w szczególności zabiegów przeprowadzanych z zastosowaniem technik wspomagających, takich jak neuromonitoring śródoperacyjny czy operacje wykonywane z wykorzystaniem robotów chirurgicznych. Pomimo ich rosnącego znaczenia w praktyce klinicznej, nie zostały one dotąd odrębnie ujęte w strukturze grup JGP dedykowanych chirurgii kręgosłupa.

Dodatkowo, zdaniem PTCHK rozwój chirurgii kręgosłupa wynikający z potrzeb społecznych, wymaga oddzielnej/dedykowanej sekcji łączącej wszystkie procedury z tego obszaru w jednym miejscu.

W tabeli poniżej przedstawiono katalog grup JGP wypracowany przez ekspertów klinicznych z PTCHK. Szczegółową charakterystykę dla nw. grup zawiera załącznik nr 3 do raportu.

Tabela 7 Nowe grupy JGP będące przedmiotem opracowania

L.p.	Proponowany skrócony kod i nazwa nowej grupy
1	HK01A Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa >65 r.ż. *
2	HK01B Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa <66 r.ż. *
3	HK02A Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu >65 r.ż. *
4	HK02B Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu <66 r.ż. *
5	HK03 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 1 poziomie *

L.p.	Proponowany skrócony kod i nazwa nowej grupy
6	HK04A Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż.*
7	HK04B Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż.*
8	HK05A Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż.*
9	HK05B Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż.*
10	HK06 Leczenie nowotworów rdzenia kręgowego *
11	HK07 Augmentacja lub ablacja struktur kręgosłupa (procedury wewnątrztrzonowe i wewnątrzdyskowe) *
12	HK08 Zabiegi na kręgosłupie bez zastosowania implantów *
13	HK09 Małe zabiegi na nerwach obwodowych, rdzeniu kręgowym, kanale kręgowym i kręgosłupie *
14	HK10 Zabiegi na strukturach nerwowych kanału kręgowego bez zastosowania implantów *
15	HK11 Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego, wszczepienie pomp podpajęczynówkowych, stymulatora korzeni nerwowych *
16	HK12 Zabiegi na nerwach obwodowych i korzeniach nerwowych *
17	HK13 Małe zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym*
18	HK14 Chirurgia robotowa *
19	HK15 Zespoły bólowe kręgosłupa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez ekspertów klinicznych.

W toku konsultacji z konsultantami krajowymi, pierwotny zakres procedur kwalifikujących do poszczególnych grup w nowo proponowanym katalogu JGP został poddany weryfikacji i korekcie, szczególnie w odniesieniu do procedur oraz rozpoznań niezwiązanych bezpośrednio z leczeniem schorzeń kręgosłupa. Zmiany te miały na celu precyzyjne dopasowanie struktury katalogu do rzeczywistego zakresu świadczeń realizowanych w ramach chirurgii kręgosłupa oraz wyeliminowanie pozycji niemających bezpośredniego związku z tą dziedziną.

W ramach cyklicznych spotkań roboczych z ekspertami klinicznymi Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa (PTCHK), szczegółowo omawiano zarówno charakterystykę grup JGP, jak i uwagi zgłaszane przez konsultantów krajowych w dziedzinie neurochirurgii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Proces ten umożliwił uwzględnienie aktualnej praktyki klinicznej, a także zapewnił spójność i merytoryczną adekwatność.

W toku prac Agencji, po analizie rozkładów długości pobytu, jednorodności klinicznej i spójności kosztowej, konsultacjach z ekspertami i przedstawicielami NFZ oraz uwzględniając fakt, że operacje robotyczne w obszarze projektu nie są zawarte w obowiązującym koszyku świadczeń gwarantowanych, w zaproponowanym przez PTCHK katalogu JGP usunięto grupę dedykowaną operacjom robotycznym oraz wyodrębniono dwie dodatkowe grupy:

- HK11A *Stymulacja czasowa rdzenia kręgowego/nerwu obwodowego** - dedykowaną zabiegowi wszczepienia zewnętrznego stymulatora, mającego na celu ocenę skuteczności stymulacji u pacjenta przed ewentualnym wszczepieniem stymulatora stałego (o dużo wyższym koszcie),
- HK14 *Ablacyjne zabiegi przeciwbólowe na strukturach nerwów obwodowych** - do której przeniesiono procedury z zakresu termolezji, tj. 03.96 *Przezskórne odnerwienie powierzchni stawowej wyrostka kręgu* i 04.232 *Zniszczenie nerwów obwodowych przez ablację w wyniku działania prądu wysokiej częstotliwości (RFA)*. Na podstawie danych medyczno-kosztowych oraz danych pozyskanych od ekspertów ww. procedury zasadniczo obniżały średni koszt grup, w których umieszczono je w proponowanej charakterystyce.

Ponadto do grupy JGP HK09 *Małe zabiegi na nerwach obwodowych, rdzeniu kręgowym, kanale kręgowym i kręgosłupie** przeniesiono procedury dotychczas możliwe do zrealizowania w ramach katalogu JGP z sekcji A:

- 04.19 *Zabiegi diagnostyczne nerwu czaszkowego/ obwodowego lub zwoju – inne,*
- 01.18 *Inne zabiegi diagnostyczne mózgu i opon mózgowych*,*

z uwagi na zbieżną długość pobytu i fakt, że kosztowo nie kwalifikowały się do żadnej z grup w obecnym katalogu z sekcji A (choroby układu nerwowego). Tym samym zaproponowano zmianę nazwy grupy na *HK09 Inne małe zabiegi **.

Dodatkowo, zgodnie z rekomendacją Rady ds. Taryfikacji z dn. 18.07.2024 r., ze względu na szeroki zakres zmian obejmujących dziedzinę chirurgii, neurochirurgii i ortopedii (także dziecięcej), poszerzono obszar współpracy o dodatkowe grupy eksperckie.

Wypracowany przez PTCHK katalog, dedykowany sekcji schorzeń kręgosłupa, został przekazany do konsultacji następującym interesariuszom:

- Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie neurochirurgii,
- Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie chirurgii,
- Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie chirurgii dziecięcej,
- Polskiemu Towarzystwu Neurochirurgów,
- Polskiemu Towarzystwu Ortopedycznemu i Traumatologicznemu,
- Polskiemu Towarzystwu Ortopedii Dziecięcej.

Na dalszym etapie prac projekt został również przedłożony do konsultacji:

- Polskiemu Towarzystwu Neuromodulacji (PTN),
- Polskiemu Towarzystwu Badania Bólu (PTBB)
- Sekcji Interwencyjnej Polskiego Towarzystwa Badania Bólu
- Sekcji Stereotaksji i Neurochirurgii Czynnościowej Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów.

W przypadku Polskiego Towarzystwa Neuromodulacji, Sekcji Stereotaksji i Neurochirurgii Czynnościowej Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów oraz Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, w tym Sekcji Interwencyjnej katalog został przekazany do konsultacji po publikacji, raportu nr 1/2025 z dnia 23.01.2025 r. dotyczącego *Świadczeń gwarantowanych obejmujących leczenie chorób układu nerwowego*, co wynikało z uwag wniesionych do projektów taryf dla grup JGP dedykowanych wszczepieniu/wymianie stymulatorów głębokich mózgu.

W odpowiedzi na przekazany nowy kształt katalogu Polskie Towarzystwo Badania Bólu, w tym Sekcja Interwencyjna przedstawiło m.in. rekomendację dotyczącą utworzenia odrębnej sekcji dedykowanej leczeniu bólu, poprzez wyodrębnienie odpowiednich procedur z proponowanej w tym projekcie charakterystyki produktów rozliczeniowych.

Z kolei Polskie Towarzystwo Neuromodulacji i Sekcja Stereotaksji i Neurochirurgii Czynnościowej Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów nie zgłosiły uwag do przekazanego kształtu nowego katalogu JGP.

2.4. Analiza popytu i podaży

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

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

W odniesieniu do wielkości popytu na świadczenia, podstawowym źródłem informacji dotyczących dostępności do świadczeń były dane o liczbie osób oczekujących oraz średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia, publikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w „*Informatorze o Terminach Leczenia*”. Lista oczekujących osób prowadzona jest zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 610 z późn. zm.).

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

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

2.4.1. Statystyki

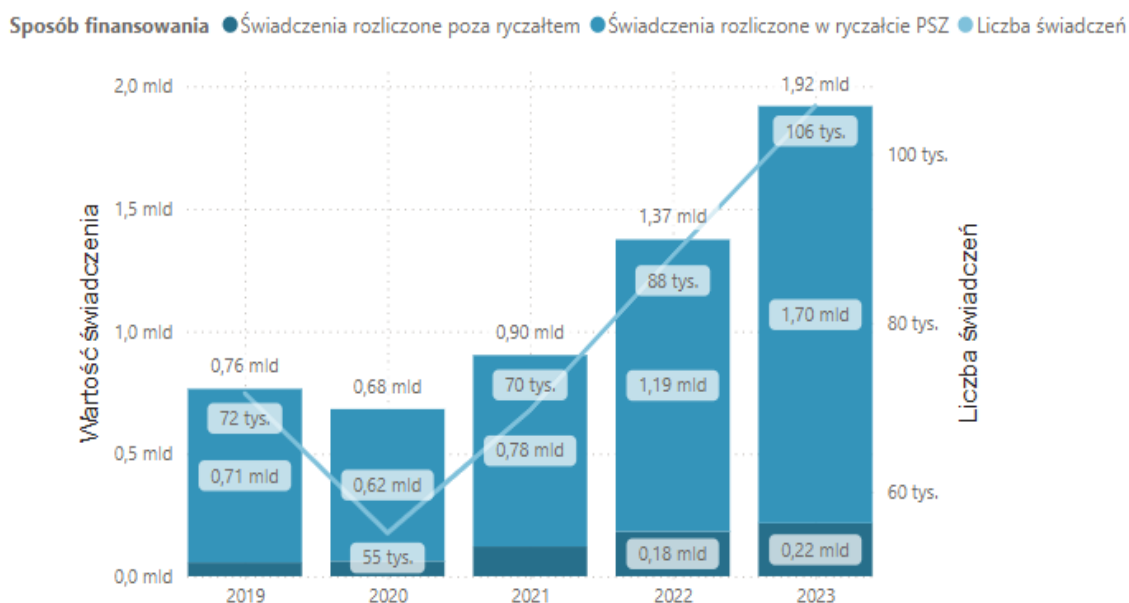
Uwzględniając fakt, że zaproponowana charakterystyka dotyczy w głównej części chirurgii kręgosłupa, statystyki w dalszej części dokumentu odnoszą się wyłącznie do procedur i rozpoznań znajdujących się w załączniku nr 1 do raportu.

Dodatkowo z uwagi na fakt, że w analizowanym obszarze udział populacji dziecięcej wynosi ok. 2% przedstawione statystyki dotyczą populacji ogółem, bez podziału na wiek.

Liczba zrealizowanych świadczeń szpitalnych obejmujących leczenie chorób kręgosłupa w roku 2019 wynosiła 71 625. W roku 2020, najprawdopodobniej w wyniku pandemii COVID-19 zmalała o około 23% i wynosiła 55 121. W kolejnych latach obserwuje się trend wzrostowy i w 2023 roku sprawozdano 105 629 świadczeń.

Zmniejszenie ogólnej liczby realizowanych świadczeń w okresie pandemii COVID-19, nie wpłynęło znacząco na zmianę relacji pomiędzy świadczeniami zachowawczymi i zabiegowymi. Na przestrzeni analizowanego okresu nieznacznie z roku na rok wzrastał udział świadczeń zabiegowych – w 2019 roku 91%, a w 2023 roku 96%. Resztę, czyli około 4-9% stanowiły hospitalizacje zachowawcze.

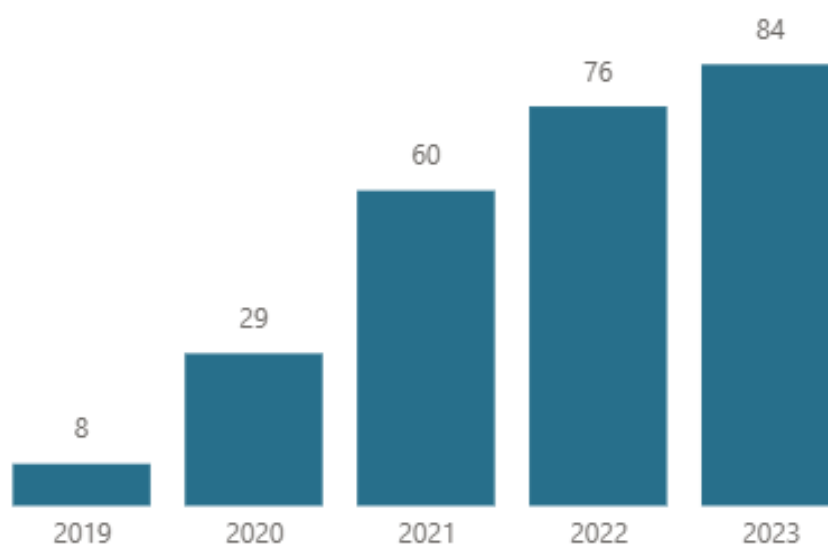
Jednocześnie systematycznemu wzrostowi, za wyjątkiem dotkniętego pandemią roku 2020, podlegała wartość zrealizowanych świadczeń. W roku 2020 nastąpił spadek wartości o około 11% w porównaniu z rokiem 2019. W roku 2023 wartość świadczeń wyniosła 1 918 862 110 zł, z czego około 89% (1 702 412 431,82 zł) zrealizowano w ramach ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: ryczałt PSZ). Omawiane zmiany zostały zaprezentowane na wykresie poniżej.



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

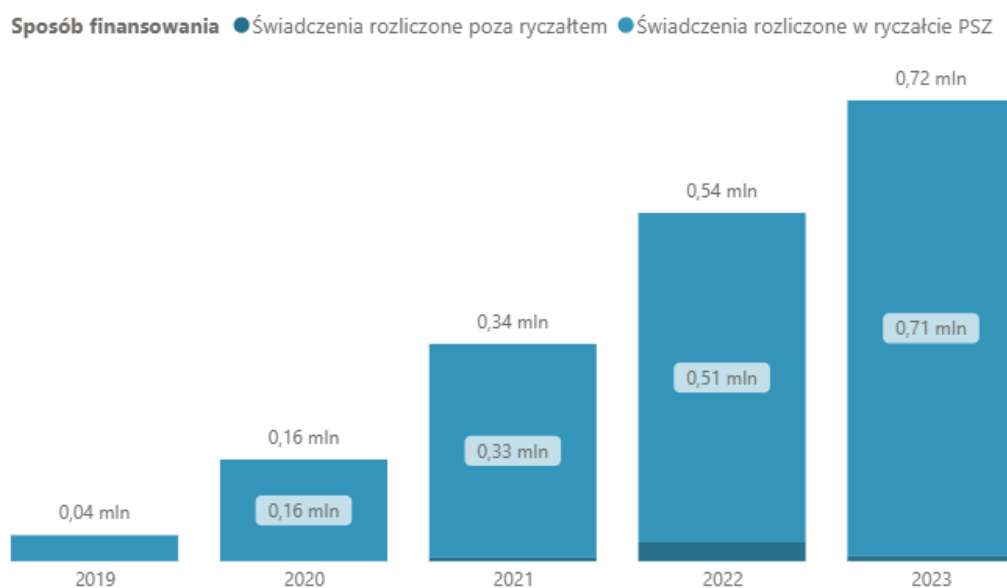
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z lat 2019-2023.

W latach 2019-2023 liczba świadczeń *Neuromodulacji krzyżowej – I etap – wszczepienie elektrody testowej* miała tendencję wzrostową. Warto tu wspomnieć, że świadczenie pojawiło się w systemie od kwietnia 2019 r. W roku 2023 wzrosła prawie 10-krotnie w porównaniu z rokiem 2019. Analogicznie, rosła wartość ich realizacji. W roku 2023 Płatnik przeznaczył na świadczenie kwotę 718 139,40 zł, z czego około 99% zostało rozliczone w ramach ryczału PSZ.



Wykres 3 Liczba świadczeń *Neuromodulacji krzyżowej – I etap – wszczepienie elektrody testowej* zrealizowanych w latach 2019-2023.

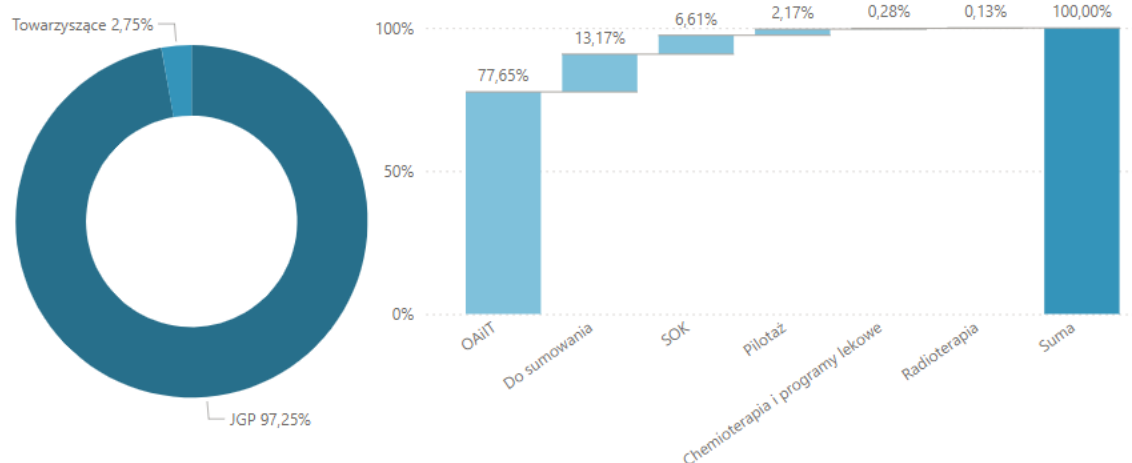
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z lat 2019-2023.



Wykres 4 Wartość świadczeń Neuromodulacji krzyżowej – I etap – wszczepienie elektrody testowej zrealizowanych w latach 2019-2023.

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

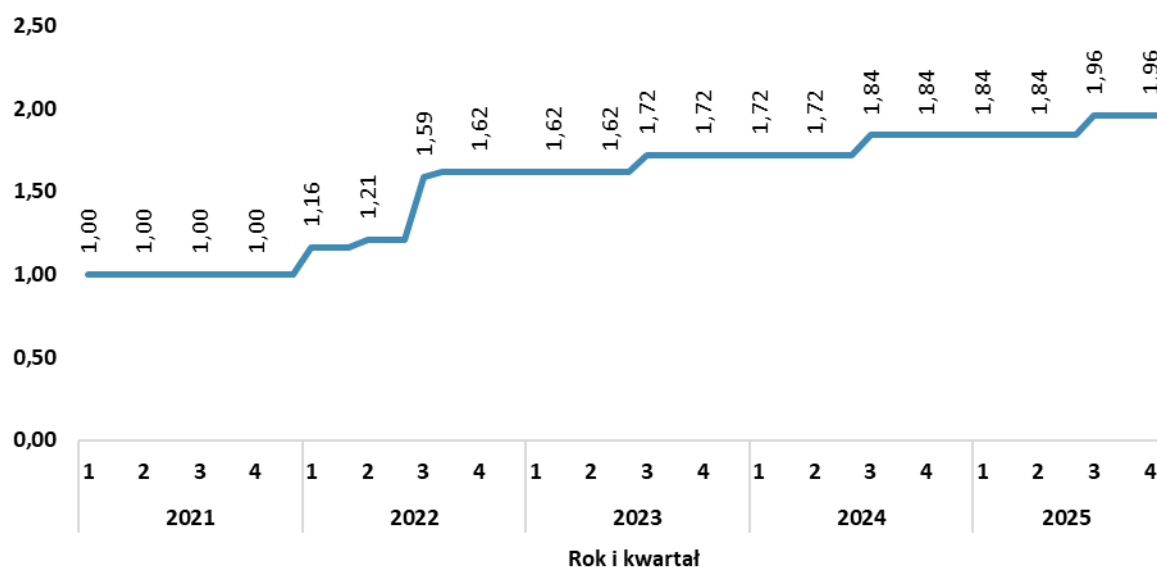
Dodatkowo wraz z produktem bazowym rozliczano świadczenia towarzyszące, których wartość w 2023 roku wyniosła 54,23 mln zł. Udział wartości świadczeń towarzyszących rozliczonych wraz z JGP stanowił 2,75%. Poniższy wykres przedstawia jaki udział wśród świadczeń rozliczonych dodatkowo miały poszczególne kategorie produktów.



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

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

Należy wskazać, iż cena jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ sukcesywnie rosła od 1 zł w roku 2019 do 1,96 zł od 1 lipca 2025 roku.



Wykres 6 Zmiana ceny jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ.

Źródło: Opracowanie własne.

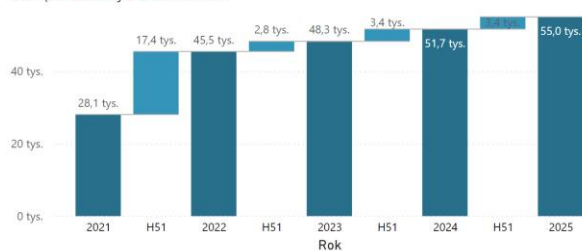
Warto zaznaczyć, że zmiana ceny jednostki rozliczeniowej nie miała jednakowego wpływu na wszystkie grupy świadczeń. Największy wzrost wartości nominalnych nastąpił w grupach, które charakteryzowały się wyjściową wysoką wartością punktową — wzrost ceny jednostki skutkował u nich proporcjonalnie większym przyrostem wartości finansowania. Z kolei w grupach o najniższych wartościach punktowych nominalny wzrost był znacznie niższy. W przypadku grupy *H51 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa** w latach 2022-2025 wysokość refundacji wzrosła o około 27 tys. zł, podczas gdy dla krótkich pobytów zachowawczych zmiana ta wyniosła zaledwie kilkaset złotych – poniższy wykres.

Zmiana refundacji dla JGP w wyniku zmiany ceny jednostki rozliczeniowej

Refundacja na koniec roku w ryczałcie PSZ

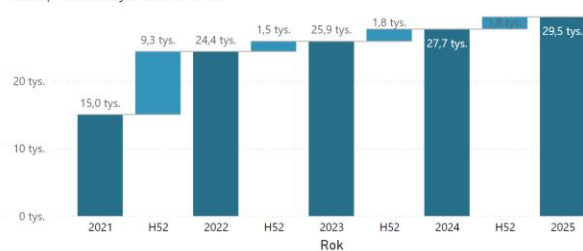
H51 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa*

● Zwiększ ● Zmniejsz ● Suma ● Inne



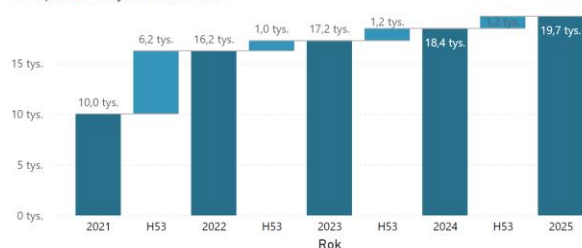
H52 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów*

● Zwiększ ● Zmniejsz ● Suma ● Inne



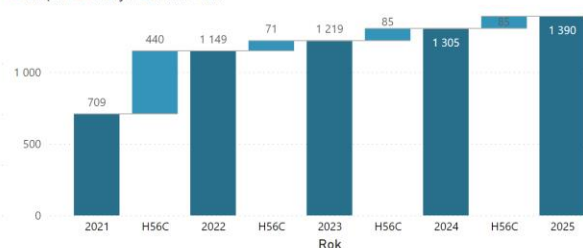
H53 Zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów*

● Zwiększ ● Zmniejsz ● Suma ● Inne



H56C Zespoły bólowe kręgosłupa < 4 dni

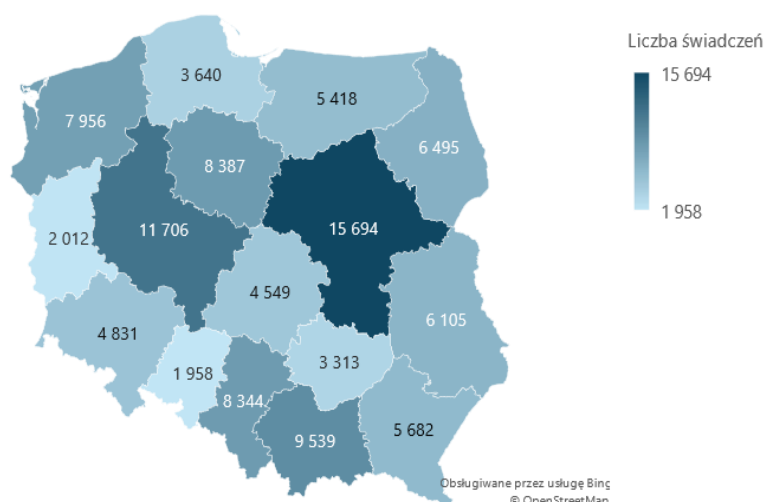
● Zwiększ ● Zmniejsz ● Suma ● Inne



Wykres 7 Zmiana refundacji NFZ w wyniku zmiany ceny jednostki rozliczeniowej dla wybranych JGP

Źródło: Opracowanie własne.

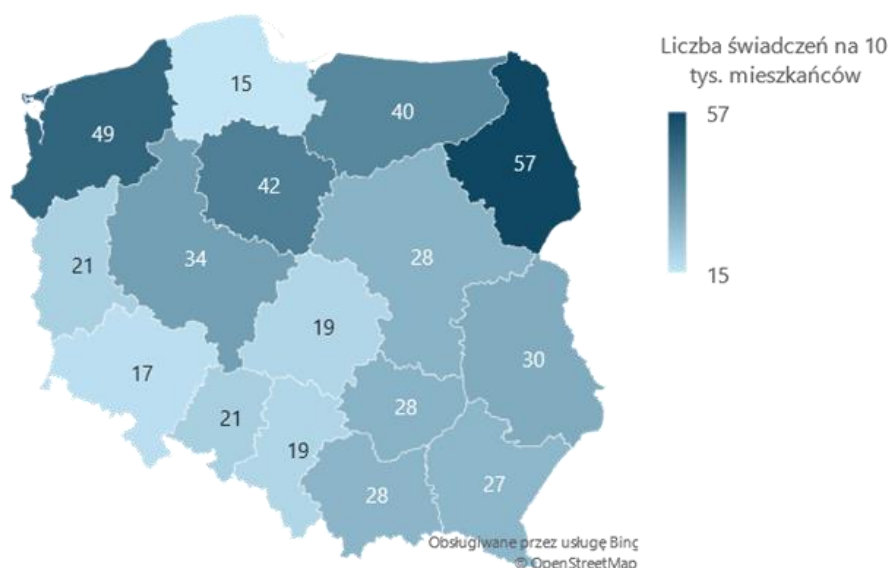
Liczba zrealizowanych świadczeń w całej Polsce w analizowanych grupach JGP w 2023 roku wyniosła 105 629, z czego najwięcej z nich zrealizowano w województwach: mazowieckim (15 694 świadczeń) i wielkopolskim (11 706 świadczeń). Najmniej wykonano ich w województwach opolskim (1 958 świadczeń), lubuskim (2 012 świadczeń) i świętokrzyskim (3 313 świadczeń). Szczegółowe dane przedstawiono na mapie poniżej.



Wykres 8 Liczba zrealizowanych świadczeń JGP w 2023 roku w podziale na województwa.

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

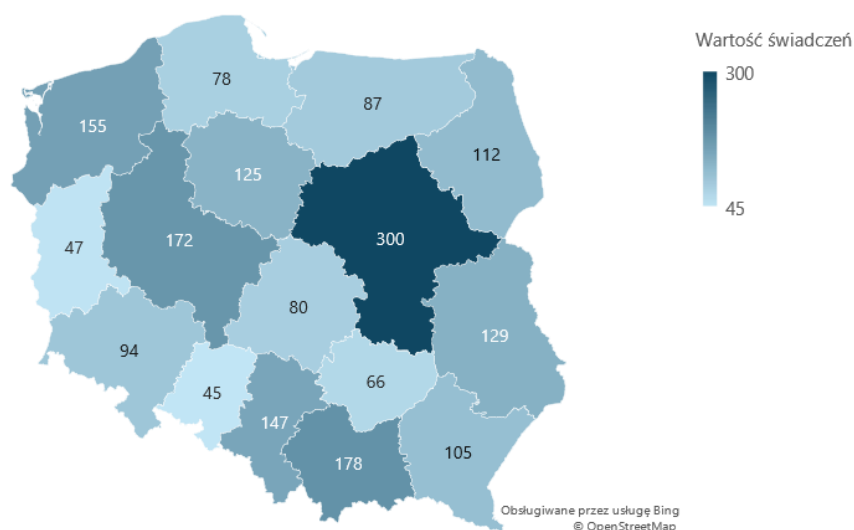
Do analizy wzięto pod uwagę również liczbę mieszkańców w danym województwie (GUS, 2023). W przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców największą realizacją świadczeń charakteryzowały się województwa podlaskie (około 57 świadczeń) i zachodniopomorskie (około 49 świadczeń). Najmniej świadczeń w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców zrealizowano w województwach: pomorskim (15 świadczeń), dolnośląskim (17 świadczeń), łódzkim i śląskim (po 19 świadczeń). Szczegółowe dane przedstawiono na mapie poniżej.



Wykres 9 Liczba zrealizowanych świadczeń JGP w 2023 roku w podziale na województwa w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców.

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

Z kolei odnosząc się do świadczeń *Neuromodulacji krzyżowej – I etap – wszczepienie elektrody testowej sprawozdanych* w 2023 roku, realizacja przedstawia się następująco: w województwach mazowieckim (54 świadczenia), kujawsko-pomorskim (16 świadczeń), łódzkim (7 świadczeń), śląskim (4 świadczenia) i zachodniopomorskim (3 świadczenia). Biorąc pod uwagę liczbę mieszkańców, w każdym z tych województw, w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców najwięcej świadczeń zrealizowano w województwach mazowieckim (0,98 świadczenia/100 tys. mieszkańców) i kujawsko-pomorskim (0,8 świadczenia/100 tys. mieszkańców), a najmniej w województwie śląskim (0,1 świadczenia/100 tys. mieszkańców).



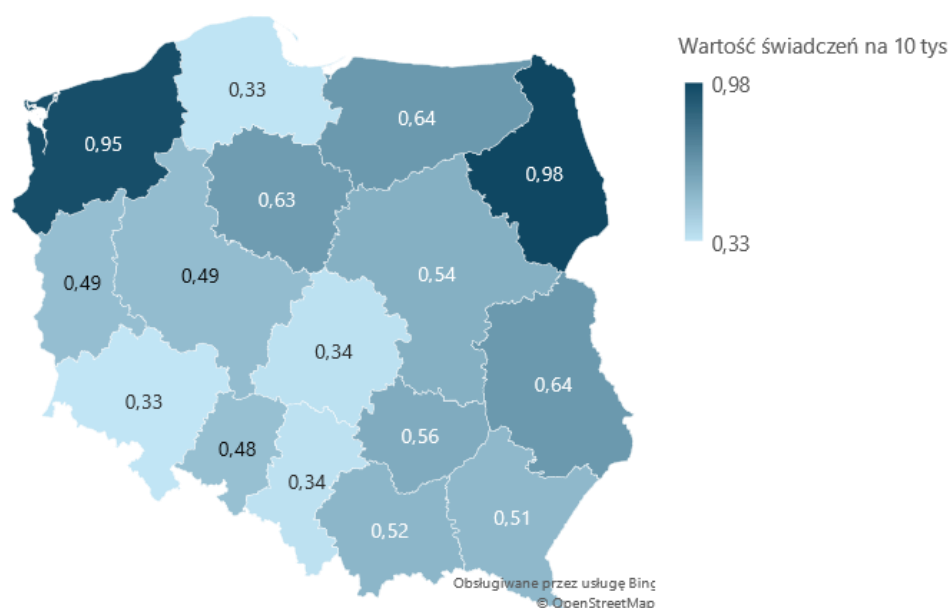
Wykres 10 Wartość zrealizowanych świadczeń JGP w mln w 2023 roku w podziale na województwa.

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

Wartość zrealizowanych świadczeń była zdecydowanie najwyższa w województwie mazowieckim i wyniosła 300 036 376 zł. Najniższe wartości realizacji świadczeń w 2023 roku zaobserwowano

w województwach: lubuskim - 47 331 208 zł i opolskim - 44 798 688 zł. Szczegółowe dane przedstawiono na mapie poniżej.

Analizując wartość świadczeń w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców największą wartością w roku 2023 charakteryzowało się województwo podlaskie – około 0,98 mln zł i województwo zachodniopomorskie – około 0,95 mln zł. Natomiast najniższa wartość świadczeń w 2023 roku w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców dotyczyła województwa: pomorskiego, dolnośląskiego (po około 0,33 mln zł) oraz śląskiego i łódzkiego (po około 0,34 mln zł). Szczegółowe dane przedstawiono na mapie poniżej.

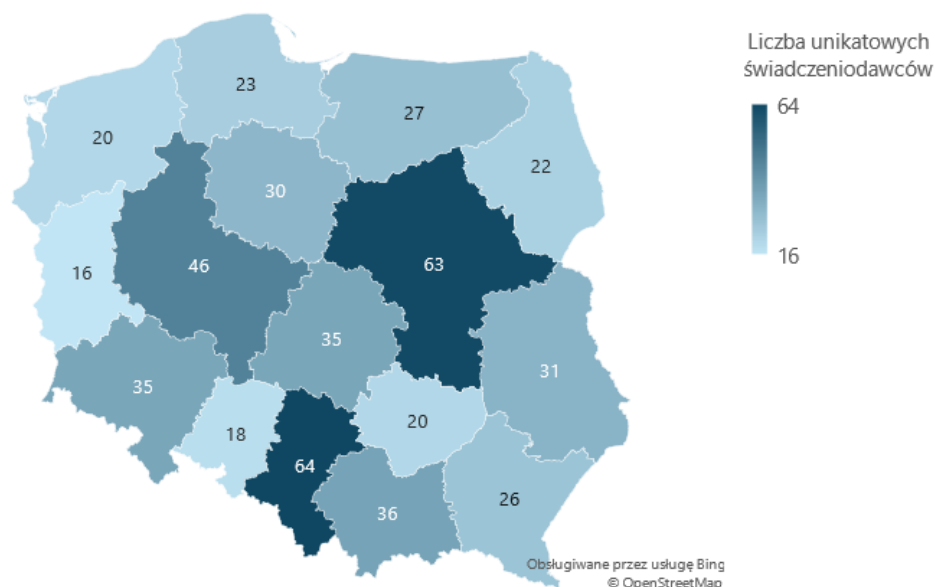


Wykres 11 Wartość zrealizowanych świadczeń JGP w mln w 2023 roku w podziale na województwa w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców.

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

Największa wartość świadczeń odrębnych dotyczy województwa mazowieckiego – 464 091,92 zł, a najmniejsza zachodniopomorskiego – 26 233,44 zł. Wartość świadczeń odrębnych przeliczona na 100 tys. mieszkańców najwięcej wyniosła w województwie mazowieckim – około 8 tys., a najmniej w województwie śląskim – około 800 zł.

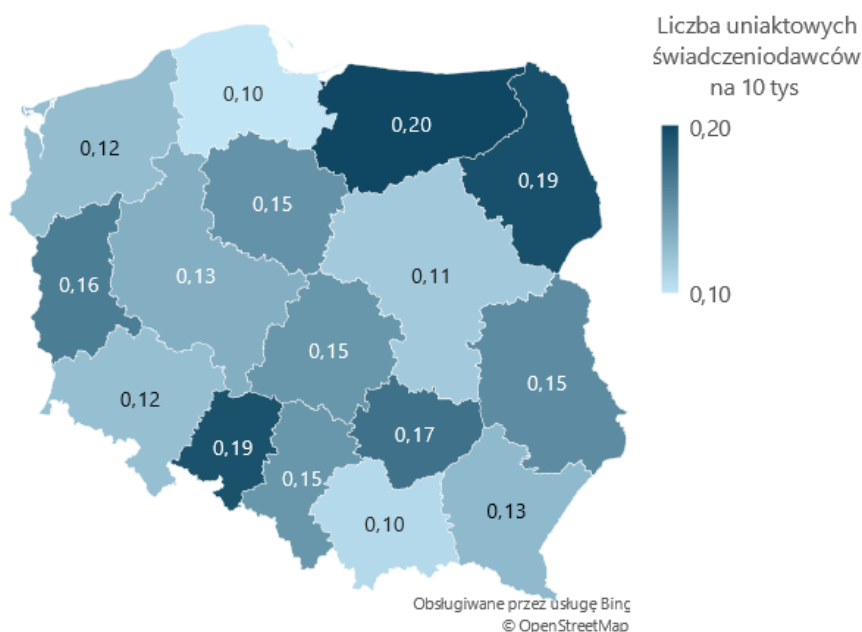
W roku 2023 liczba wszystkich unikatowych realizatorów świadczeń w Polsce w ramach analizowanych grup JGP wyniosła 512. Największa liczba realizatorów wystąpiła w województwie śląskim (64) oraz mazowieckim (63), z kolei najmniejsza w województwie lubuskim (16), opolskim (18) i świętokrzyskim (20). Szczegółowe dane przedstawiono na mapie poniżej.



Wykres 12 Liczba unikatowych świadczeniodawców w 2023 roku w podziale na województwa.

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

Po uwzględnieniu liczby mieszkańców na 10 tysięcy osób najwięcej unikatowych świadczeniodawców odnotowano w województwach: warmińsko-mazurskim (około 0,2/10 tys. mieszkańców), podlaskim i opolskim (po około 0,19/10 tys. mieszkańców), zaś najmniej w województwach: pomorskim, małopolskim (po około 0,1/10 tys. mieszkańców) i mazowieckim (około 0,11/10 tys. mieszkańców). Szczegółowe dane zostały przedstawione na poniższej mapie.

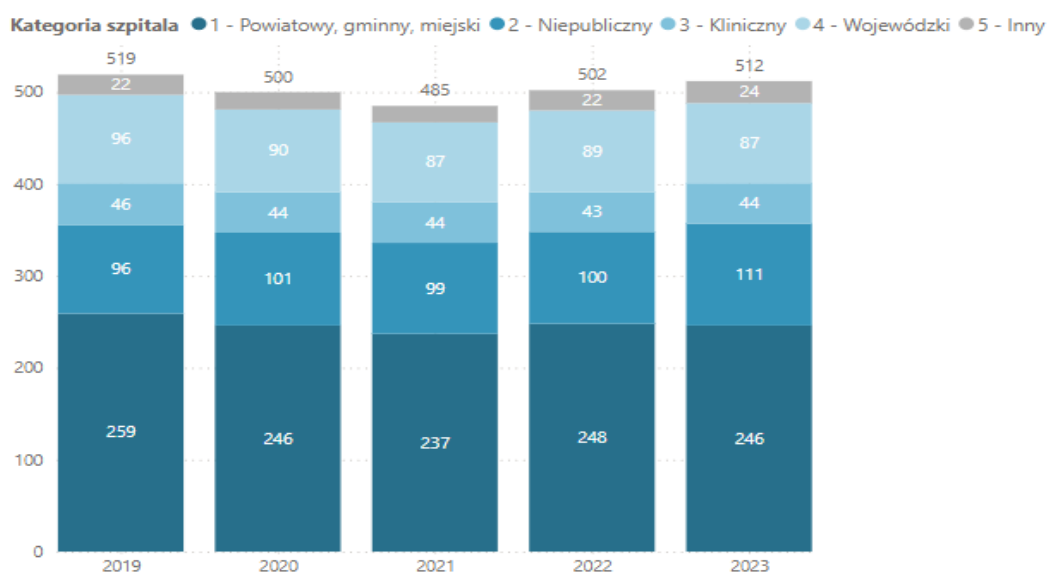


Wykres 13 Liczba świadczeniodawców w 2023 roku w podziale na województwa w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców.

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

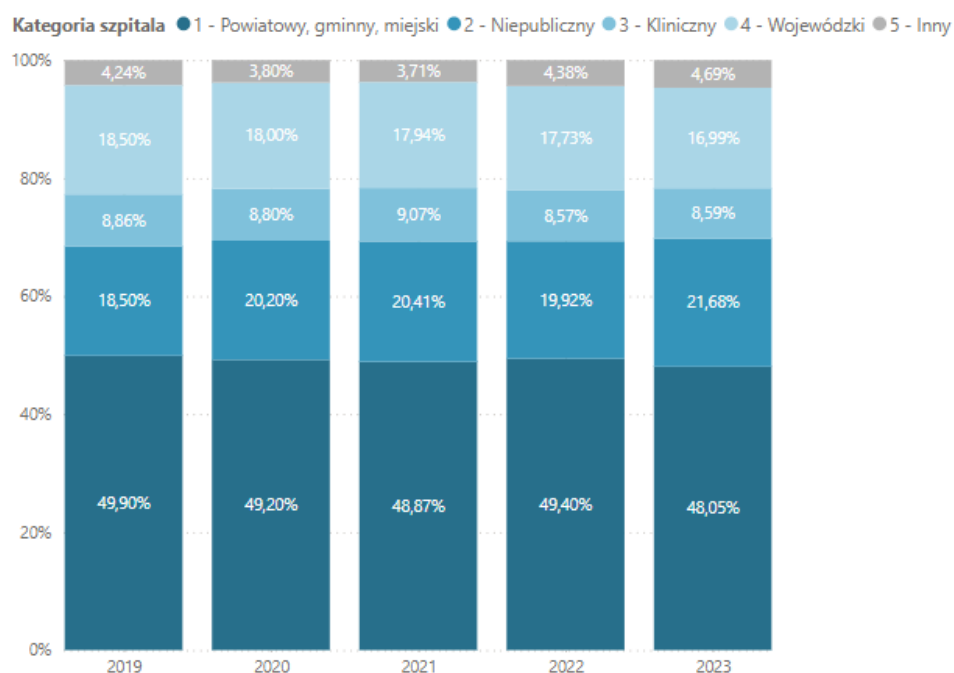
Na przestrzeni lat 2019-2023 liczba świadczeniodawców ulegała nieznaczącej zmianie. Struktura świadczeniodawców w poszczególnych kategoriach szpitali pozostawała na zbliżonym poziomie. Najliczniejszą grupą realizującą świadczenia w latach 2019-2023 z obszaru leczenia chorób kręgosłupa są szpitale skategoryzowane jako „Powiatowy, gminny, miejski”, które w każdym z analizowanych lat

stanowią niespełna połowę wszystkich realizatorów świadczeń w badanym zakresie. Kolejnymi grupami realizatorów po szpitalach powiatowych, gminnych i miejskich w 2023 roku były szpitale niepubliczne (około 21,68%), wojewódzkie (16,99%), kliniczne (8,59%) i inne (4,69%). Dane przedstawiono na poniższych wykresach.



Wykres 14 Liczba świadczeniodawców w latach 2019-2023 w podziale na kategorię szpitala.

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



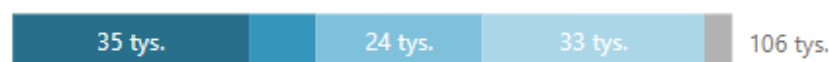
Wykres 15 Struktura procentowa liczby realizatorów świadczeń w latach 2019-2023 w podziale na kategorię szpitala.

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

Najwięcej świadczeń w 2023 roku zostało zrealizowanych w szpitalach z kategorii „Powiatowy, gminny, miejski” - około 35 tysięcy oraz w szpitalach z kategorii „Wojewódzki” - około 33 tysiące. Najmniejszą liczbę świadczeń zrealizowały szpitale niepubliczne (około 10 tysięcy) i inne (około 4 tysięcy).

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

Liczba świadczeń w podziale na kategorię szpitala



Struktura % liczby świadczeń w podziale na kategorię szpitala



Wykres 16 Struktura liczby świadczeń w podziale na kategorię szpitala.

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

Największa wartość refundacji z tytułu realizacji świadczeń w 2023 roku dotyczyła szpitali wojewódzkich – około 0,63 mld zł, a następnie szpitali powiatowych, gminnych i miejskich – około 0,58 mld zł. Najmniejszą wartość świadczeń zrealizowano przez szpitale skategoryzowane jako inne – około 74 mln zł i niepubliczne – około 112 mln zł.

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

Wartość świadczeń w podziale na kategorię szpitala



Struktura % wartości świadczeń w podziale na kategorię szpitala



Wykres 17 Struktura wartości świadczeń w podziale na kategorię szpitala.

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

W 2023 roku zrealizowano 84 świadczenia odrębne o wartości 718 139,40 zł, z czego 100% realizacji stanowił produkt *Neuromodulacja krzyżowa – I etap – wszczepienie elektrody testowej*. Świadczenia te realizowane były przede wszystkim w szpitalach klinicznych (około 63,1% świadczeń), a ich wartość wyniosła 450 239,04 zł, co stanowi około 62,7% całkowitej wartości świadczeń. Szczegóły na poniższych wykresach.

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

Liczba świadczeń odrębnych w podziale na kategorię szpitala



Struktura % liczby świadczeń odrębnych w podziale na kategorię szpitala



Wartość świadczeń odrębnych w podziale na kategorię szpitala



Struktura % wartości świadczeń odrębnych w podziale na kategorię szpitala



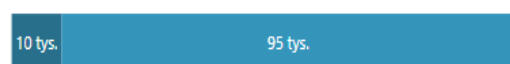
Wykres 18 Struktura liczby i wartości świadczeń odrębnych w podziale na kategorię szpitala.

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

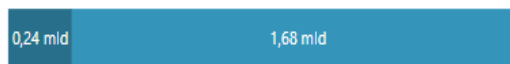
W roku 2023 w zakresie chorób kręgosłupa sprawozdano 10 471 epizodów ratujących życie, co stanowiło około 9,91% liczby wszystkich świadczeń. Wartość świadczeń ratujących życie wyniosła 237 641 215,22 zł – około 12,38% wartości wszystkich świadczeń. Szczegóły przedstawiono na poniższych wykresach.

● Epizody ratujące życie ● Pozostałe epizody

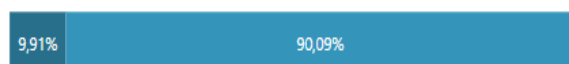
Liczba świadczeń oznaczonych jak ratujące życie



Wartość świadczeń oznaczonych jako ratujące życie



Liczba świadczeń (%) oznaczonych jako ratujące życie



Wartość świadczeń (%) oznaczonych jako ratujące życie



Wykres 19 Liczba i wartość świadczeń JGP w 2023 roku oznaczonych jako ratujące życie.

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

Świadczenia JGP z obszaru leczenia chorób kręgosłupa, zgodnie z załącznikiem nr 1a do zarządzenia Prezesa NFZ, możliwe są do realizacji w ramach kilku zakresów świadczeń. Najczęściej rozliczenie występuje w ramach zakresu neurochirurgii (53 544 świadczeń) oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu (37 280 świadczeń) jak i w chirurgii ogólnej (11 940 świadczeń). Liczba świadczeń sprawozdanych w ramach tych trzech zakresów stanowiła 97,28% wszystkich świadczeń, a udział ich wartości to 99,18%. Zestawienie danych przedstawia poniższa tabela.

Tabela 8 Liczba i wartość analizowanych grup JGP w poszczególnych zakresach świadczeń

Nazwa zakresu	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Udział % liczby świadczeń	Wartość	Udział % wartości
NEUROCHIRURGIA	48 643	53 544	50,69%	1 119 656 169,93	58,35%
ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU	33 127	37 280	35,29%	701 591 595,58	36,56%
CHIRURGIA OGÓLNA	9 657	11 940	11,30%	82 002 655,85	4,27%
NEUROLOGIA	1 154	1 160	1,10%	2 937 631,90	0,15%
REUMATOLOGIA	505	507	0,48%	1 428 639,40	0,07%
CHOROBY WEWNĘTRZNE	489	492	0,47%	1 175 146,79	0,06%
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA	204	404	0,38%	4 327 462,15	0,23%
CHIRURGIA PLASTYCZNA	77	79	0,07%	629 500,79	0,03%
UROLOGIA	59	64	0,06%	3 635 956,37	0,19%
GERIATRIA	39	39	0,04%	108 106,96	0,01%
CHOROBY ZAKAŻNE	33	33	0,03%	79 024,16	0,00%
OTORYNOLARYNGOLOGIA	25	26	0,02%	162 403,69	0,01%
CHIRURGIA DZIECIĘCA	20	21	0,02%	274 552,85	0,01%
ONKOLOGIA KLINICZNA	17	17	0,02%	29 619,77	0,00%
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA	13	13	0,01%	792 101,17	0,04%
CHIRURGIA NACZYNIOWA	3	3	0,00%	3 796,07	0,00%
CHIRURGIA SZCZĘKOWO-TWARZOWA	3	3	0,00%	11 991,24	0,00%
ANGIOLOGIA	1	1	0,00%	1 238,36	0,00%
CHIRURGIA PLASTYCZNA DZIECIĘCA	1	1	0,00%	4 194,42	0,00%
CHIRURGIA SZCZĘKOWO	1	1	0,00%	9 090,87	0,00%
ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCA	1	1	0,00%	1 231,67	0,00%

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

W poniższej tabeli przedstawiono zagregowane zestawienie struktury liczby i wartości sprawozdanych świadczeń w oparciu o 3 dominujące zakresy (wraz z zakresami skojarzonymi), tj. neurochirurgia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz chirurgia ogólna. Pozostałe zakresy zagregowano w pozycji pozostałe.

Tabela 9 Liczba i wartość analizowanych grup JGP w zakresach

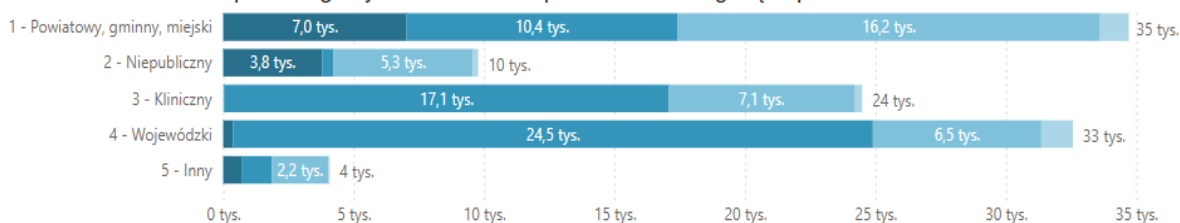
Nazwa zakresu	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Udział % liczby świadczeń	Wartość	Udział % wartości
Neurochirurgia	48 643	53 544	50,69%	1 119 656 169,93	58,35%
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	33 127	37 280	35,29%	701 591 595,58	36,56%
Chirurgia ogólna	9 657	11 940	11,30%	82 002 655,85	4,27%
Pozostałe	2 642	2 865	2,71%	15 611 688,65	0,81%

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

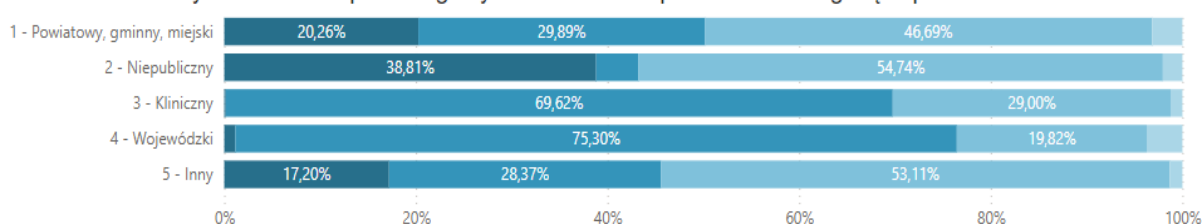
Struktura hospitalizacji według poszczególnych zakresów różni się w zależności od kategorii szpitala. Szpitale z kategorii „Powiatowy, gminny, miejski” najwięcej świadczeń w 2023 roku zrealizowały w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu (16 206 świadczeń). W zakresie neurochirurgii rozliczyły 10 376 świadczeń, następnie w chirurgii ogólnej 7 031 świadczeń. Szpitale niepubliczne, podobnie jak powiatowe, gminne i miejskie, najwięcej świadczeń wykonały w zakresie ortopedii – 5 349 świadczeń. W szpitalach klinicznych realizowano świadczenia z zakresu neurochirurgii, ortopedii i pozostałych, z czego największy udział – około 69,62% stanowią świadczenia z zakresu neurochirurgii. W szpitalach wojewódzkich również największy udział miały świadczenia z zakresu neurochirurgii – około 75,3%. Szczegóły na poniższym wykresie.

Zakres ● CHIRURGIA OGÓLNA ● NEUROCHIRURGIA ● ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU ● POZOSTAŁE

Liczba świadczeń w poszczególnych zakresach w podziale na kategorię szpitala



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



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

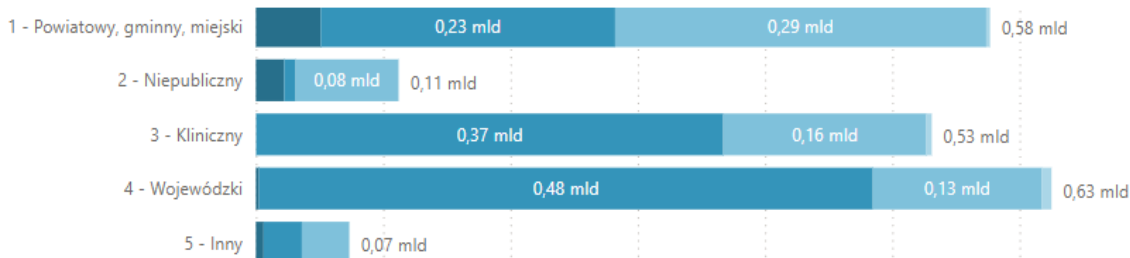
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

Na wykresie poniżej przedstawiono wartość i strukturę procentową świadczeń w poszczególnych zakresach, wg kategorii szpitala. Największą wartość świadczeń odnotowano w kategorii szpitala „Wojewódzki” w zakresie neurochirurgii – 482 336 027,41 zł co stanowiło około 25% wartości wszystkich świadczeń zrealizowanych w zakresie chorób kręgosłupa w 2023 roku. Ta wartość stanowiła około 77,17% wartości świadczeń zrealizowanych w szpitalach wojewódzkich. W porównaniu do tego, szpitale kategorii „Niepubliczny” miały znacznie niższe wartości świadczeń w tym zakresie, osiągając zaledwie 9 044 413,92 zł, co stanowiło około 0,47% wartości wszystkich świadczeń i około 8,04%

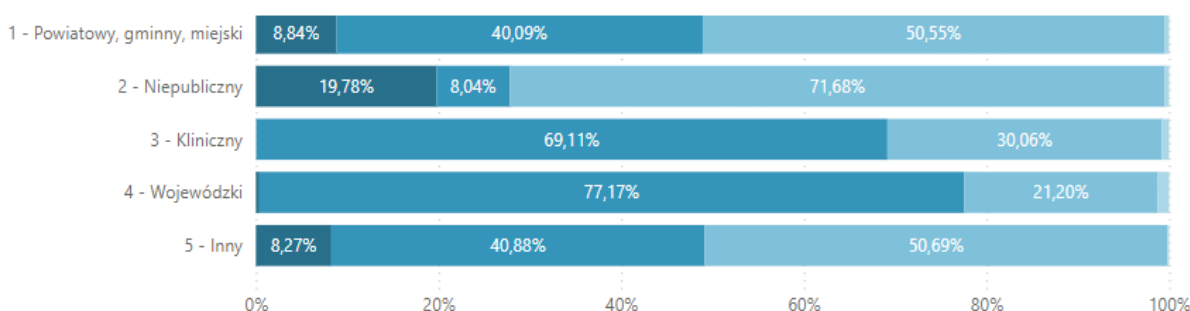
wartości świadczeń realizowanych w szpitalach o kategorii „Niepubliczny”. Wartości świadczeń powiązane są z liczbą wykonanych świadczeń przez daną kategorię szpitala, dlatego też struktura procentowa układa się dość podobnie jak na wykresie wyżej.

Zakres ● CHIRURGIA OGÓLNA ● NEUROCHIRURGIA ● ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU ● POZOSTAŁE

Wartość świadczenia w poszczególnych zakresach w podziale na kategorię szpitala



Wartość świadczenia w poszczególnych zakresach w podziale na kategorię szpitala



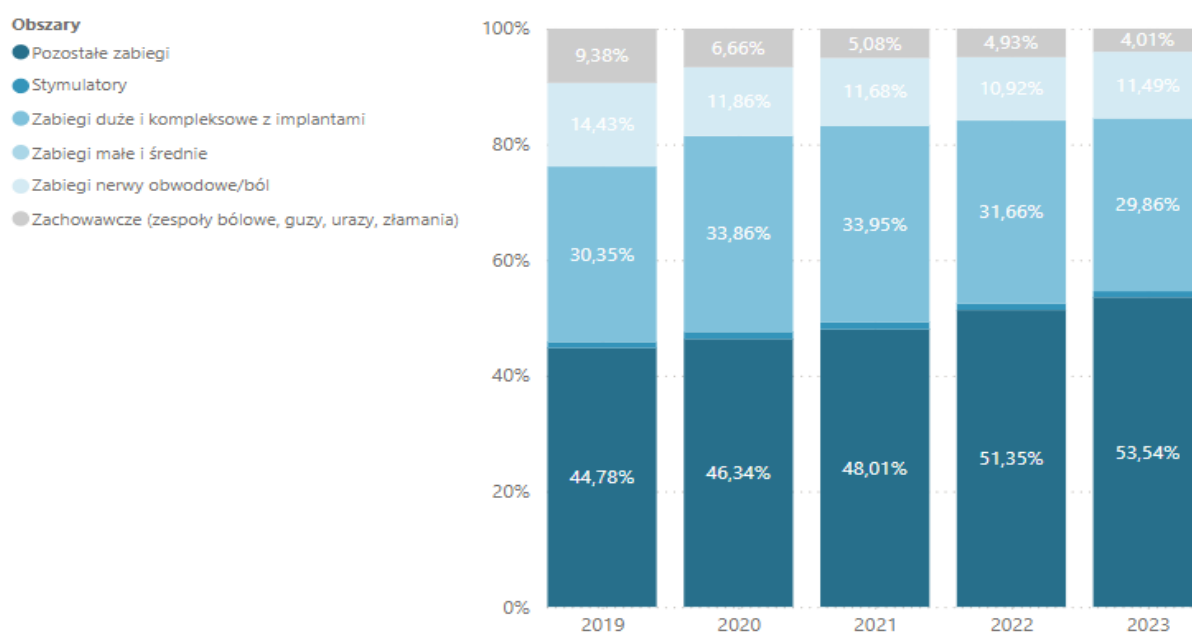
Wykres 21 Struktura wartości świadczeń JGP w poszczególnych zakresach w podziale na kategorię szpitala.

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

W latach 2019-2023 struktura procentowa liczby świadczeń w danych obszarach nieznacznie się zmienia. Można zaobserwować wzrost udziału liczby świadczeń w obszarze pozostałe zabiegi – porównując rok 2019 i 2023 nastąpił wzrost o 8,76 punktu procentowego. Natomiast obserwuje się nieznaczny spadek liczby wykonywanych świadczeń w obszarach:

- zachowawcze (zespoły bólowe, guzy, urazy, złamania) – spadek o 5,37 punktu procentowego (porównanie roku 2019 i 2023);
- zabiegi nerwy obwodowe/ból – spadek o 2,94 punktu procentowego (porównanie roku 2019 i 2023);
- zabiegi duże i kompleksowe z implantami – spadek o 0,49 punktu procentowego (porównanie roku 2019 i 2023);

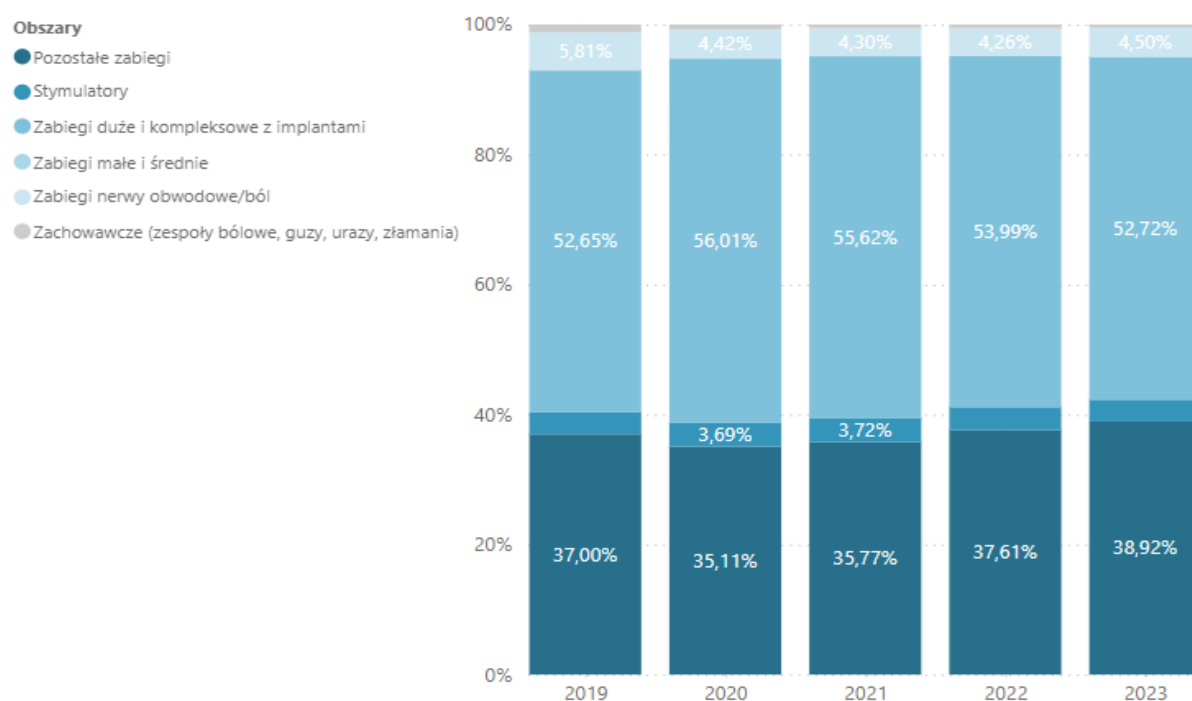
Dane przedstawiono na wykresie poniżej.



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

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

W latach 2019-2023 struktura procentowa wartości świadczeń w poszczególnych obszarach pozostaje względnie stała. W każdym roku nieco ponad połowa refundacji pokrywała zabiegi duże i kompleksowe z implantami. Zestawienie danych można znaleźć na poniższym wykresie.



Wykres 23 Wartość świadczeń JGP w poszczególnych obszarach w latach 2019-2023.

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

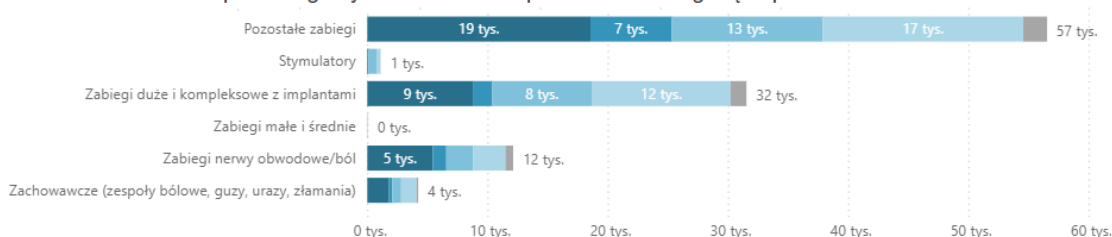
Analiza danych NFZ za rok 2023 wykazała, że:

- pozostałe zabiegi głównie realizowano w szpitalach powiatowych, gminnych i miejskich (18 568 świadczeń o wartości 239 566 268,88 zł);
- stymulatory są domeną szpitali klinicznych (656 świadczeń o wartości 38 573 493,34 zł);
- zabiegi duże i kompleksowe z implantami najczęściej realizowano w szpitalach wojewódzkich (11 566 świadczeń o wartości 359 980 538,65 zł);
- około 2/3 zabiegów małych i średnich zrealizowano w szpitalach klinicznych (35 świadczeń o wartości 104 112,26 zł);
- świadczenia z obszaru - zabiegi nerwy obwodowe/ból głównie realizowano w szpitalach powiatowych, gminnych i miejskich (5 456 świadczeń o wartości 42 045 209,69 zł);
- świadczenia z obszaru - zachowawcze (zespoły bólowe, guzy, urazy, złamania) są domeną szpitali powiatowych, gminnych i miejskich (1 808 świadczeń o wartości 3 975 430,71 zł).

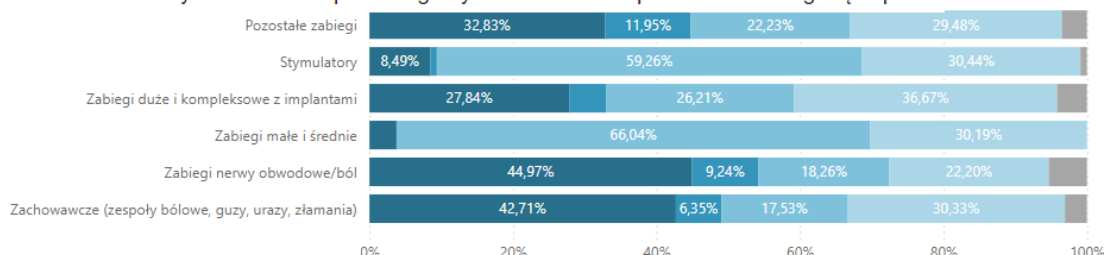
Szczegóły zostały przedstawione na wykresach poniżej.

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

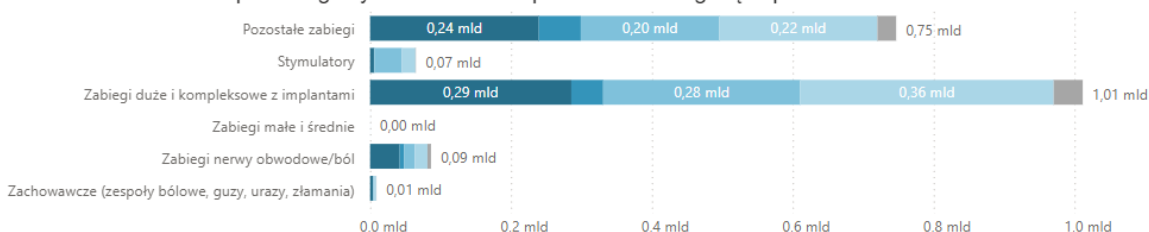
Liczba świadczeń w poszczególnych obszarach w podziale na kategorię szpitala



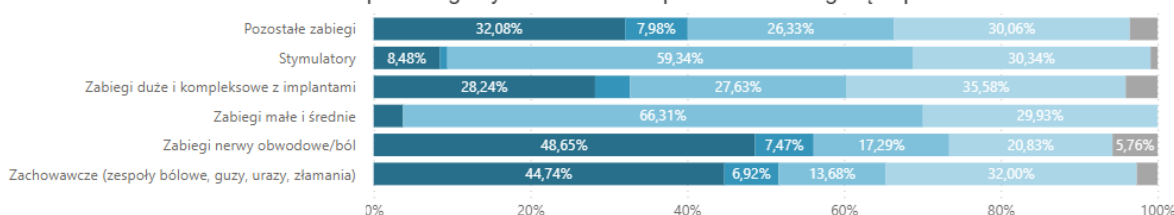
Struktura % liczby świadczeń w poszczególnych obszarach w podziale na kategorię szpitala



Wartość świadczeń w poszczególnych obszarach w podziale na kategorię szpitala



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



Wykres 24 Struktura liczby i wartości świadczeń JGP w poszczególnych obszarach w podziale na kategorię szpitala.

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

Grupą JGP o najwyższym udziale krotności świadczeń w roku 2023 była grupa *H55 Zabiegi artroskopowe i przezskórne w zakresie kręgosłupa*, której udział wyniósł około 23,13%. Pięć najczęściej rozliczanych grup JGP to:

- *H55 Zabiegi artroskopowe i przezskórne w zakresie kręgosłupa,*
- *H52 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów,*
- *A22 Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym,*
- *A25 Zabiegi na nerwach obwodowych,*
- *H51 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa.*

Grupy te stanowią około 80,56% liczby świadczeń. Grupa *H52 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów* była grupą z największym udziałem wartości świadczeń w 2023 roku – około 29,42%. Pięć grup JGP o największym udziale wartości to:

- *H52 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów,*
- *A22 Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym,*
- *H51 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa,*
- *H55 Zabiegi artroskopowe i przezskórne w zakresie kręgosłupa,*
- *H53 Zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów.*

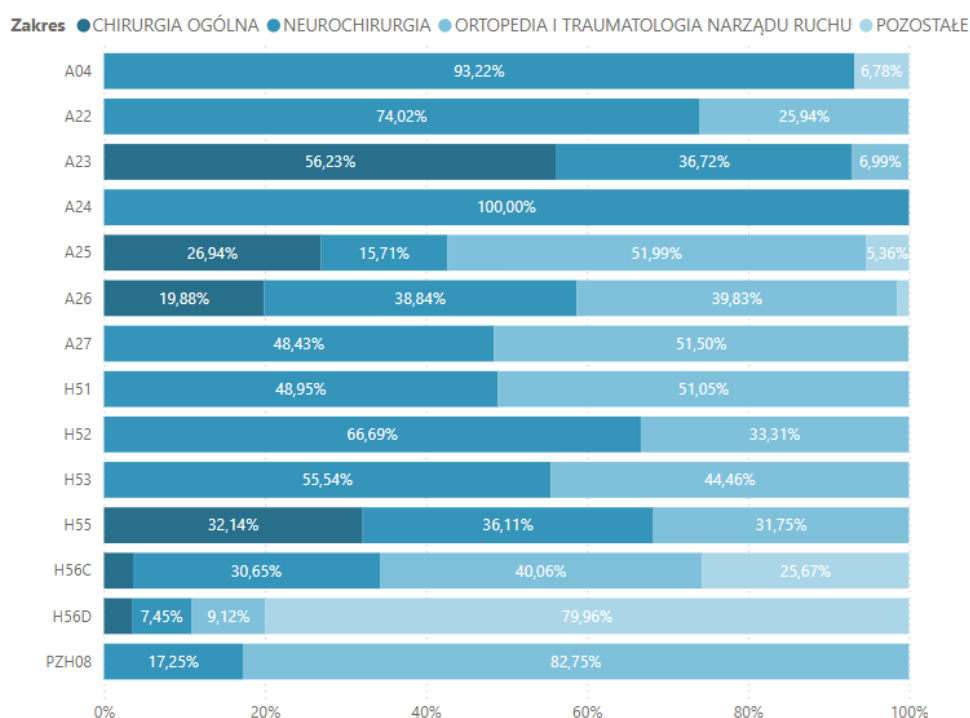
Grupy te stanowią około 86,41% wartości świadczeń wszystkich analizowanych grup JGP.

Tabela 10 Liczba i wartość świadczeń w podziale na poszczególne JGP

Kod JGP	Nazwa grupy	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Udział % liczby świadczeń	Liczba świadczeń na pacjenta	Wartość	Udział % wartości
A04	Wszczepienie/ wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu *	989	1 107	1,05%	1,12	65 000 561,12	3,39%
A22	Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym *	19 853	20 320	19,24%	1,02	419 704 000,19	21,87%
A23	Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym *	1 498	1 517	1,44%	1,01	19 061 905,34	0,99%
A24	Małe zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym *	52	53	0,05%	1,02	156 996,98	0,01%
A25	Zabiegi na nerwach obwodowych *	8 543	9 517	9,01%	1,11	83 337 019,92	4,34%
A26	Zabiegi zwalczające ból i na układzie współczulnym *	2 468	2 616	2,48%	1,06	3 080 561,46	0,16%
A27	Inne zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym *	2 536	2 870	2,72%	1,13	38 828 577,49	2,02%
H51	Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa *	8 098	8 318	7,87%	1,03	404 680 448,45	21,09%
H52	Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów *	21 398	22 514	21,31%	1,05	564 502 492,81	29,42%
H53	Zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów *	6 966	7 415	7,02%	1,06	122 427 459,87	6,38%
H55	Zabiegi artroskopowe i przezskórne w zakresie kręgosłupa *	20 363	24 436	23,13%	1,2	146 758 593,00	7,65%
H56C	Zespoły bólowe kręgosłupa < 4 dni	2 085	2 127	2,01%	1,02	2 554 425,34	0,13%
H56D	Zespoły bólowe kręgosłupa > 3 dni	2 098	2 106	1,99%	1	6 332 075,13	0,33%
PZH08	Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa < 18 r.ż.*	661	713	0,68%	1,08	42 436 992,90	2,21%

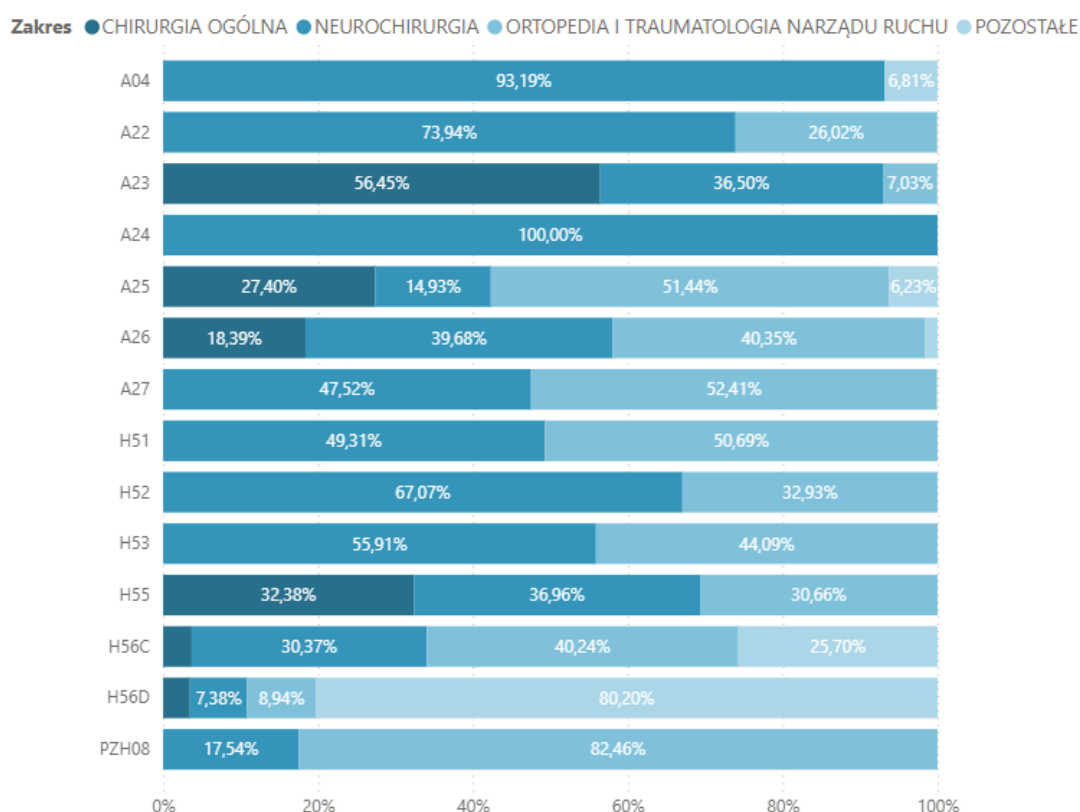
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

Na wykresach poniżej przedstawiono strukturę procentową liczby i wartości świadczeń w poszczególnych grupach JGP w podziale na zakresy: chirurgia ogólna, neurochirurgia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz pozostałe.



Wykres 25 Liczba świadczeń w poszczególnych JGP w podziale na zakres świadczeń.

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

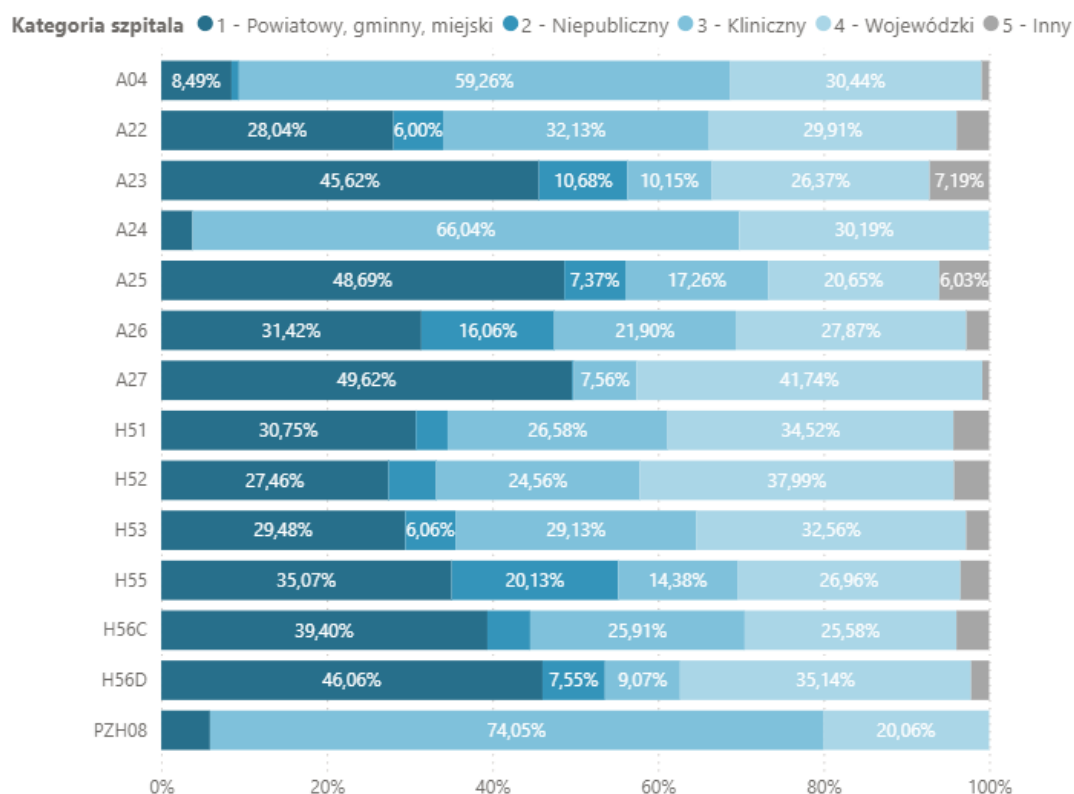


Wykres 26 Wartość świadczeń w poszczególnych JGP w podziale na zakres świadczeń.

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

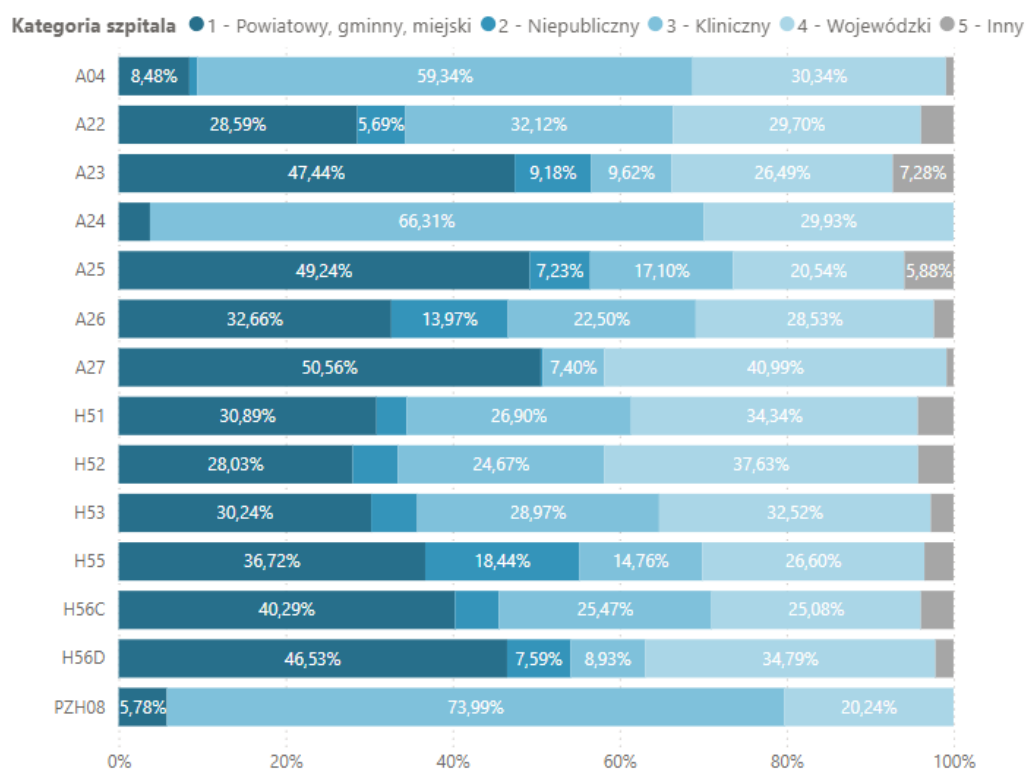
Struktura liczby i wartości świadczeń w zależności od kategorii szpitala różni się w odniesieniu do poszczególnych grup JGP. W 2023 roku grupy JGP A23, A25-27, H55, H56C i H56D głównie realizowane były w szpitalach powiatowych, gminnych i miejskich. Pediatryczna grupa PZH08 oraz grupy A04 i A24

najczęściej realizowane były w szpitalach klinicznych. Struktura liczby zrealizowanych świadczeń jest bardzo zbliżona do struktury wartości świadczeń. Dane przedstawiają poniższe wykresy.



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

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



Wykres 28 Wartość świadczeń w poszczególnych JGP w podziale na kategorię szpitala.

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

Analiza struktury trybu przyjęcia do szpitala na leczenie chorób kręgosłupa w 2023 roku wskazuje na dominujący udział przyjęć w trybie planowym na podstawie skierowania (84,15%), następnie w trybie nagłym – inne przypadki (13,04%) a także w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego (2,16%). Poniżej przedstawiono dane w formie tabeli.

Tabela 11 Struktura trybu przyjęcia

Nazwa trybu przyjęcia	Liczba świadczeń	Udział %
przyjęcie planowe na podstawie skierowania	88 891	84,15%
przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki	13 773	13,04%
przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego	2 283	2,16%
przeniesienie z innego szpitala	441	0,42%
przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy	159	0,15%
przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.	77	0,07%
przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu - przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu określonego w art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi	5	0,00%

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

Pod względem trybu wypisu we wszystkich analizowanych JGP w 2023 roku dominowało skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym (72,38%), następnie zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego (26,12%) oraz skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu (1,06%). Prezentację tych informacji można znaleźć w tabeli poniżej.

Tabela 12 Struktura trybu wypisu

Nazwa trybu wypisu	Liczba świadczeń	Udział %
skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym	76 452	72,38%
zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	27 590	26,12%
skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu	1 124	1,06%
zgon pacjenta	207	0,20%
wypisanie na własne żądanie	138	0,13%
skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	108	0,10%
osoba leczona samowolnie opuściła podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	8	0,01%
wypisanie na podstawie art. 47 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.	2	0,00%

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

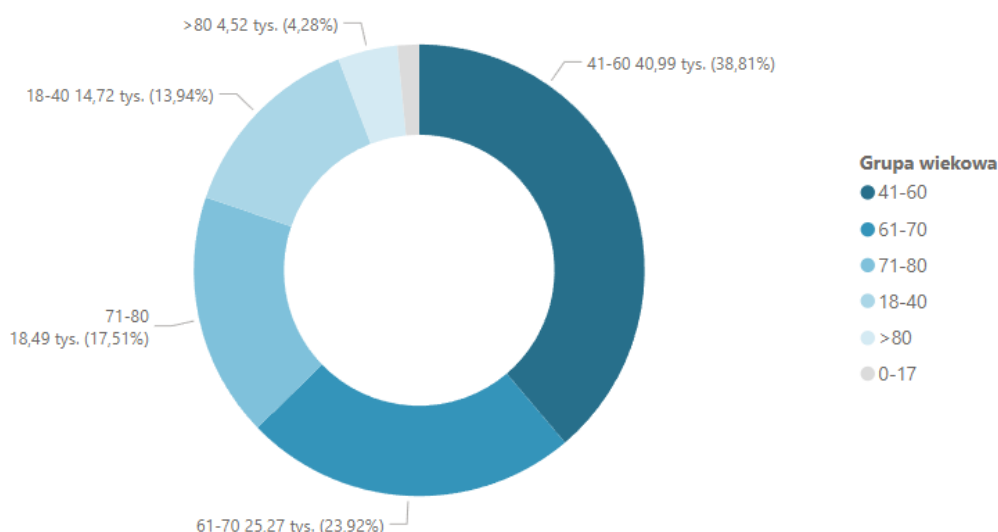
Przeanalizowano dane NFZ z roku 2023 dotyczące parametrów statystycznych, takich jak: wiek i długość hospitalizacji. Pierwszym krokiem było zestawienie liczby świadczeń dla dzieci (pacjenci poniżej 18 roku życia) i dorosłych. Poniższa tabela ilustruje różnice w liczebności zdarzeń między tymi grupami wiekowymi.

Tabela 13 Liczba świadczeń JGP w kategoriach dorosły i dziecko

Grupa wiekowa	Liczba świadczeń	Udział % liczby świadczeń
Dorosły	103 992	98,45%
Dziecko	1 637	1,55%

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

Okolo 38,81% liczby świadczeń zostało zrealizowanych wśród pacjentów w przedziale wiekowym 41-60 lat. Najmniejszą liczbę świadczeń, bo okolo 1,55% zrealizowano u pacjentów mających 0-17 lat. Szczegóły dotyczące struktury wiekowej populacji pacjentów znajdują się na poniższym wykresie.



Wykres 29 Struktura wiekowa populacji pacjentów.

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

W 2023 roku pacjenci hospitalizowani mieli średnio 57 lat, a ich pobyt w szpitalu trwał okolo 3 dni. W szpitalach wojewódzkich, na oddziałach chirurgii ogólnej, pacjenci byli nieco starsi (średnio 61,79 lat), a ich hospitalizacja była najkrótsza spośród wszystkich analizowanych typów szpitali, trwając średnio zaledwie 0,34 dnia. W poniższych tabelach przedstawiono szczegółowe informacje.

Tabela 14 Średni wiek pacjenta w zależności od kategorii szpitala w podziale na zakresy

Kategoria szpitala	Chirurgia ogólna	Neurochirurgia	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	Pozostałe	Ogółem
Powiatowy, gminny, miejski	59,45	55,89	58,10	59,24	57,75
Niepubliczny	58,87	57,36	57,73	59,97	58,20
Kliniczny	49,03	55,78	51,08	51,74	54,36
Wojewódzki	61,79	57,46	59,04	59,25	57,89
Inny	56,93	56,24	58,49	57,87	57,57
OGÓŁEM	59,16	56,59	56,89	58,48	57,04

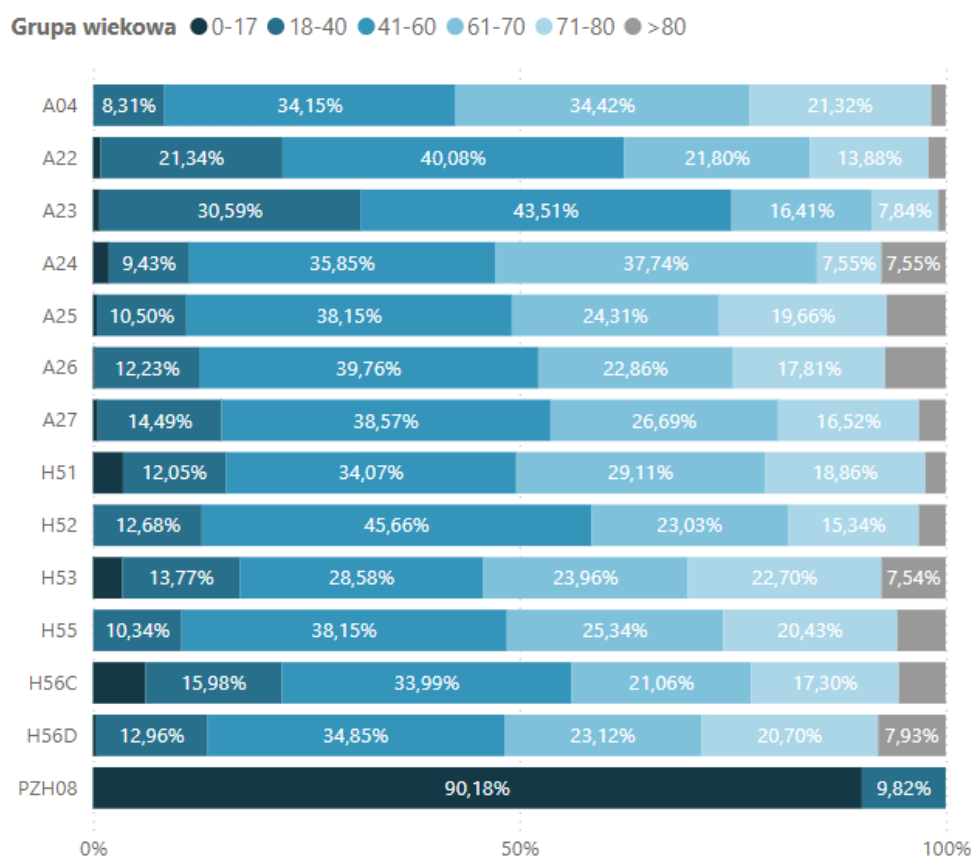
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z 2023 roku.

Tabela 15 Średnia długość hospitalizacji pacjenta w zależności od kategorii szpitala w podziale na zakresy

Kategoria szpitala	Chirurgia ogólna	Neurochirurgia	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	Pozostałe	Ogółem
Powiatowy, gminny, miejski	1,10	4,01	2,68	5,76	2,86
Niepubliczny	0,70	4,41	2,07	5,60	1,71
Kliniczny	3,32	4,23	4,46	3,48	4,29
Wojewódzki	0,34	3,72	3,75	4,78	3,72
Inny	2,51	3,98	2,33	4,41	2,86
OGÓŁEM	1,04	3,95	3,10	5,07	3,35

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

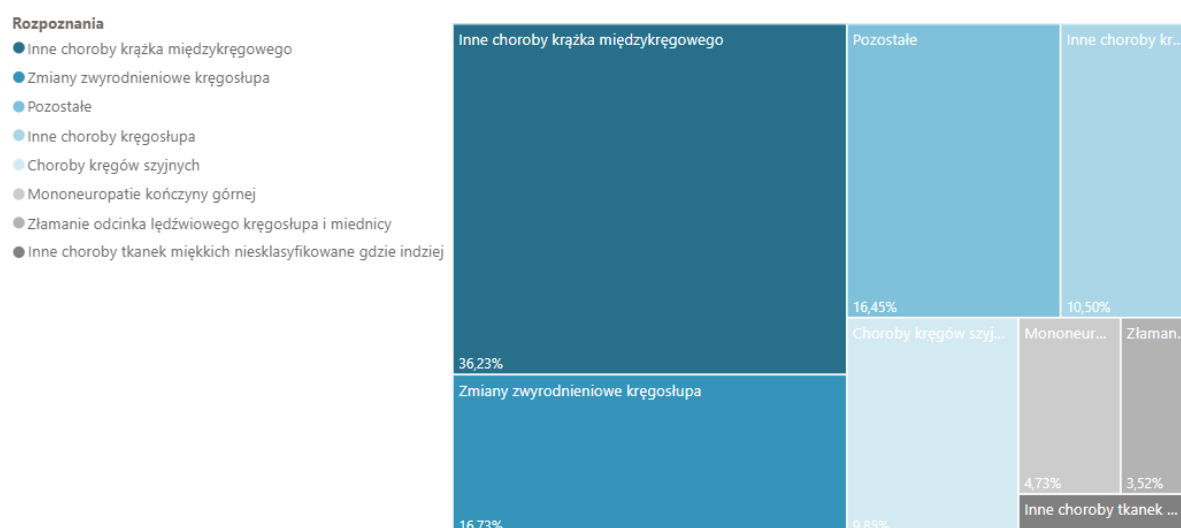
Poniższy wykres przedstawia strukturę wiekową pacjentów w poszczególnych grupach JGP. We wszystkich grupach, poza grupą pediatryczną, widoczny jest dominujący udział pacjentów powyżej 40 roku życia, w ogólnej liczbie hospitalizowanych.



Wykres 30 Struktura procentowa grup wiekowych pacjentów w podziale na grupy JGP.

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

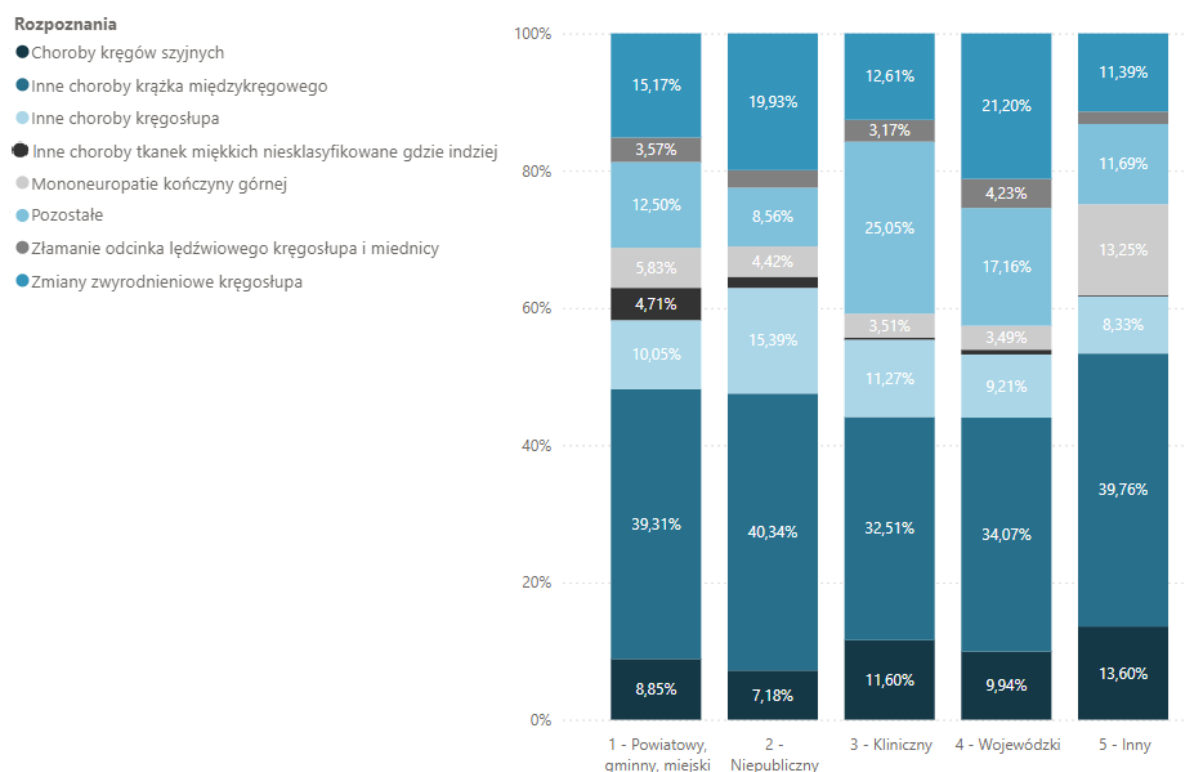
Na poniższej mapie drzewa przedstawiono strukturę świadczeń w podziale na rozpoznania główne. Około 36,23% rozpoznań w 2023 roku to inne choroby krążka międzykręgowego, a około 16,73% to zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa. Szczegółowe dane zawiera poniższy wykres.



Wykres 31 Struktura świadczeń w podziale na rozpoznania główne.

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

Dominującym rozpoznaniem, bez względu na kategorię szpitala, było M51.1 Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych. Poniżej przedstawiono strukturę rozpoznań w podziale na kategorie szpitala.



Wykres 32 Struktura procentowa liczby rozpoznań w zależności od kategorii szpitala.

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

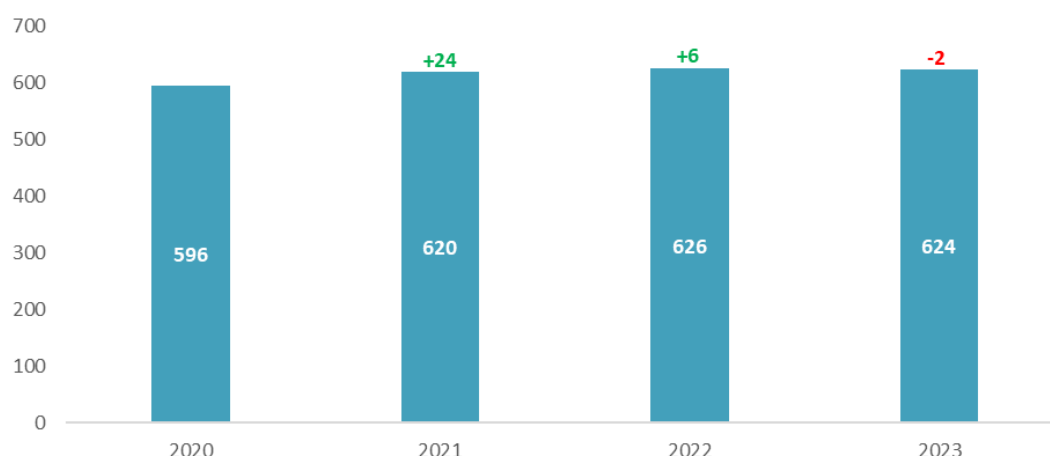
Wśród analizowanych grup JGP możliwych jest do realizacji 12 grup zabiegowych, przy czym jedna z nich odnosi się do pacjentów poniżej 18 r.ż. W tabeli w załączniku nr 4 przedstawiono zestawienie z udziałem procentowym grup procedur ICD-9 w danej grupie JGP. Zestawy procedur z udziałem procentowym poniżej 1% zostały zagregowane w pozycji pozostałe.

2.4.2. Inne istotne informacje

Liczba lekarzy

Przeanalizowano dane dotyczące liczby lekarzy zawarte w *Mapie potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026* z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW). Przedmiotem analiz była liczba lekarzy specjalizujących się w dziedzinie neurochirurgii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu na przestrzeni lat 2020-2023. Dane wykorzystane do analizy nie zawierały rozbicia wyżej wymienionych dziedzin na specjalistów dla dorosłych i dzieci, dlatego zostały przedstawione w ujęciu ogólnym.

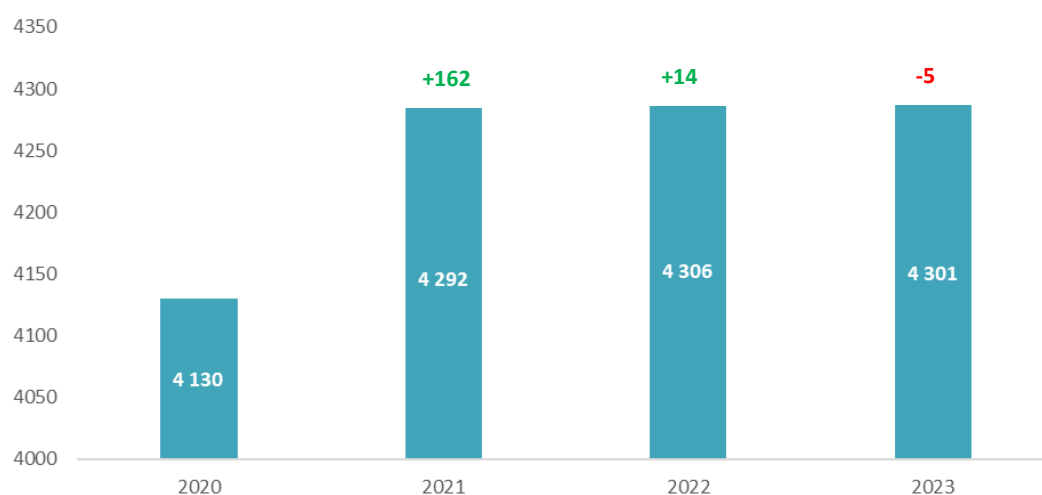
Liczba specjalistów z zakresu neurochirurgii rokrocznie zwiększała się do poziomu 626 lekarzy w 2022 roku. W ostatnim analizowanym okresie liczba lekarzy minimalnie się zmniejszyła i wynosiła 624. Dane zostały ujęte na poniższym wykresie.



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

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

Liczba specjalistów z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, analogicznie do lekarzy specjalizujących się w neurochirurgii, rokrocznie zwiększała się do poziomu 4 306 lekarzy w 2022 roku, a następnie niewiele zmniejszyła się do poziomu 4 301. Szczegółowe dane zostały ujęte na poniższym wykresie.



Wykres 34 Liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji ortopedii i traumatologii narządu ruchu w latach 2020-2023.

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

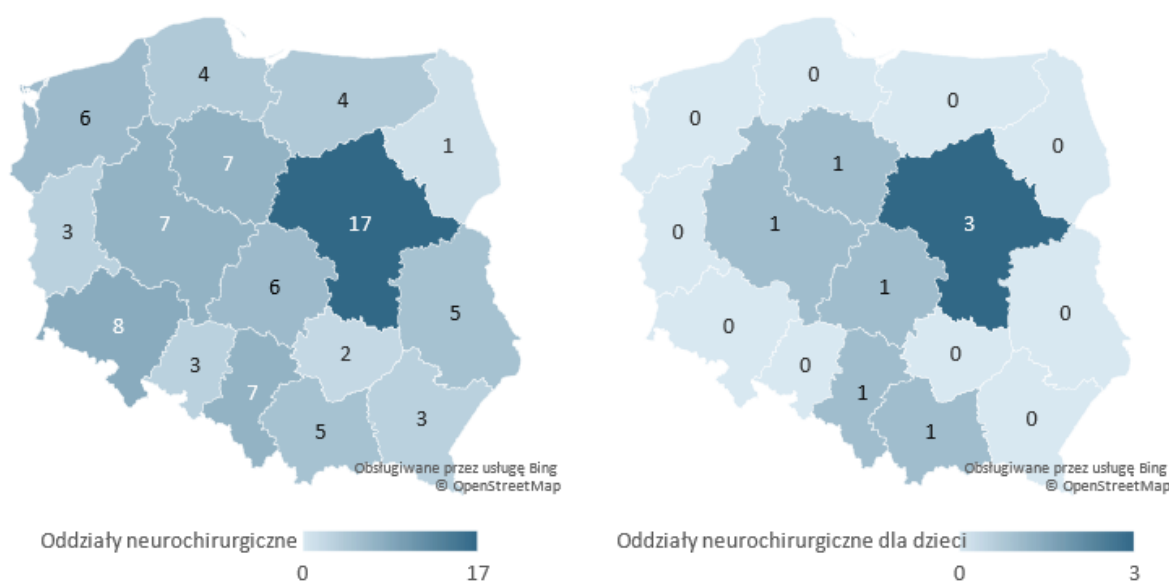
Zgodnie z powyższymi wykresami, specjalistów z dziedziny neurochirurgii jest wyraźnie mniej niż z dziedziny ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Liczba lekarzy specjalizujących się w neurochirurgii wzrosła w analizowanych latach o ok. 5%. Lekarzy w specjalności ortopedia i traumatologia narządu ruchu na przestrzeni ostatnich trzech lat przybyło o ok. 4%.

W 2022 roku najwięcej neurochirurgów na 100 tys. ludności w Polsce przypadało w województwie mazowieckim (15,8), lubelskim (14,8) i śląskim (13,4). Liczba lekarzy ortopedów w Polsce na 100 tys. ludności była także największa w województwie mazowieckim (14,2) i lubelskim (13,5).

Liczba oddziałów

Na podstawie danych dostępnych w *Mapie potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026* przeanalizowano liczbę oddziałów neurochirurgii (kod 4570), oddziałów neurochirurgii dla dzieci (kod 4571), ortopedii i traumatologii narządu ruchu (kod 4580) oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci (kod 4581) w 2023 roku w poszczególnych województwach.

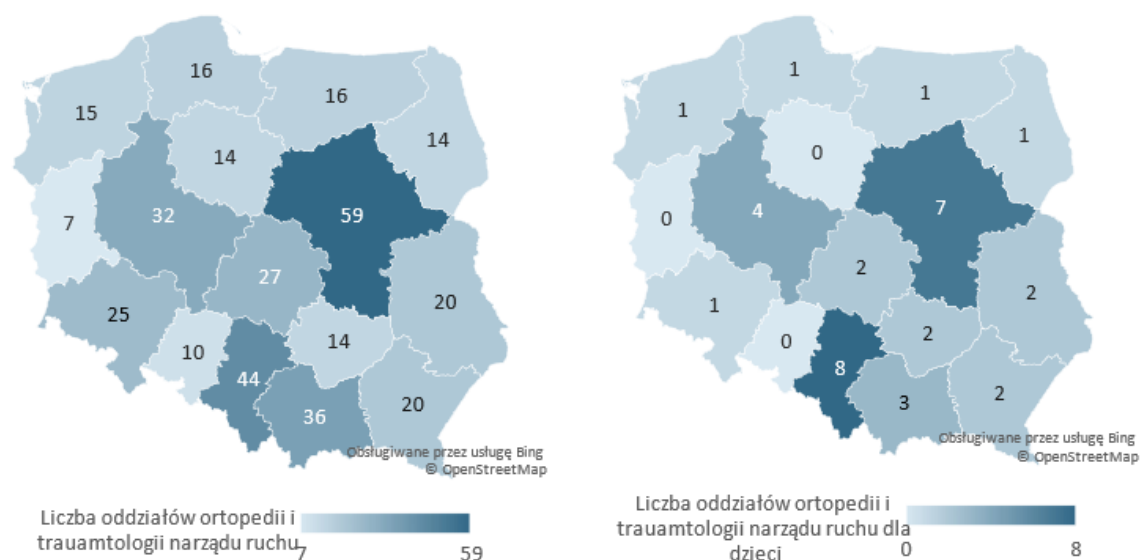
Największą liczbę oddziałów neurochirurgii odnotowano w województwie mazowieckim (17), natomiast najmniejsza liczba oddziałów neurochirurgii wystąpiła w województwie podlaskim (1). W przypadku neurochirurgii dziecięcej najwięcej oddziałów posiadało województwo mazowieckie (3). W województwie małopolskim,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



Wykres 35 Liczba oddziałów neurochirurgii oraz neurochirurgii dla dzieci w poszczególnych województwach w 2023 r.

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

Analogiczną analizę przeprowadzono dla oddziałów chirurgii urazowo - ortopedycznej. Największą liczbę oddziałów chirurgii urazowo - ortopedycznej oraz chirurgii urazowo - ortopedycznej dla dzieci zaobserwowano w województwie mazowieckim (odpowiednio 59 i 7 oddziałów) i śląskim (odpowiednio 44 i 8 oddziałów). W przypadku oddziałów dziecięcych 3 województwa nie wykazały analizowanych oddziałów. Najmniej oddziałów chirurgii urazowo - ortopedycznej wykazuje województwo lubuskie (7) i opolskie (10). Dane zostały przedstawione na poniższych wykresach.



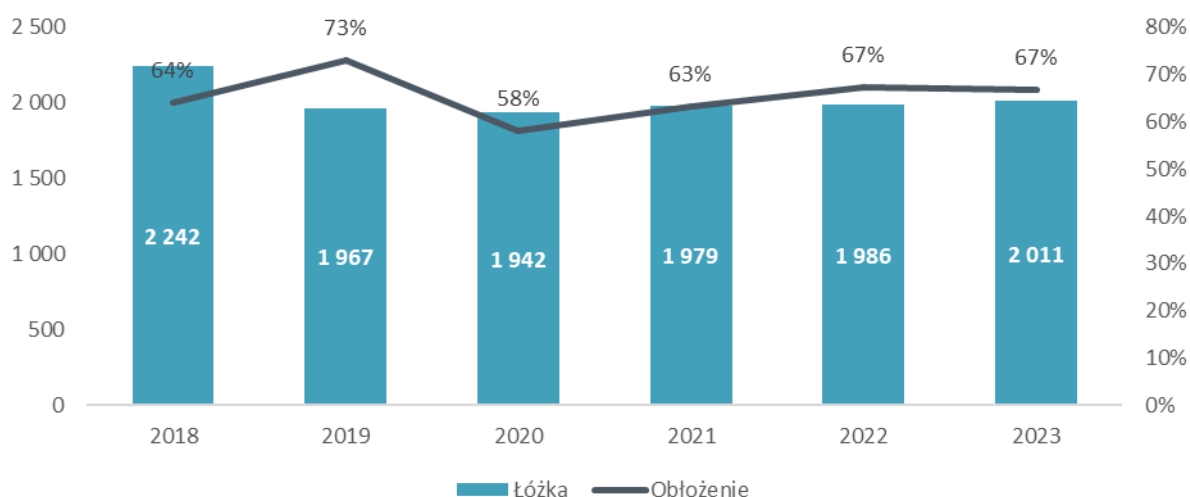
Wykres 36 Liczba oddziałów chirurgii urazowo - ortopedycznej oraz chirurgii urazowo - ortopedycznej dla dzieci w poszczególnych województwach w 2023 r.

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

Liczba łóżek

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

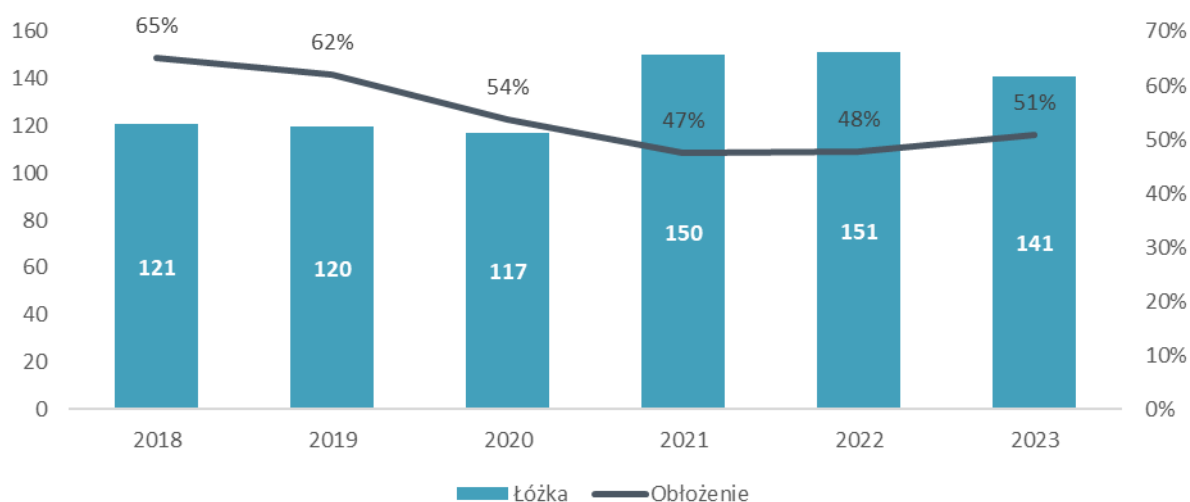
W latach 2018-2020 nastąpił stopniowy spadek liczby łóżek na oddziałach neurochirurgicznych. Różnica między rokiem 2018 a 2019 wynika ze znacznego zmniejszenia bazy łóżkowej w województwie wielkopolskim. W następnych latach liczba łóżek neurochirurgicznych rosła rokrocznie do poziomu 2 011 łóżek w 2023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



Wykres 37 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach neurochirurgii w latach 2018-2023.

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

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

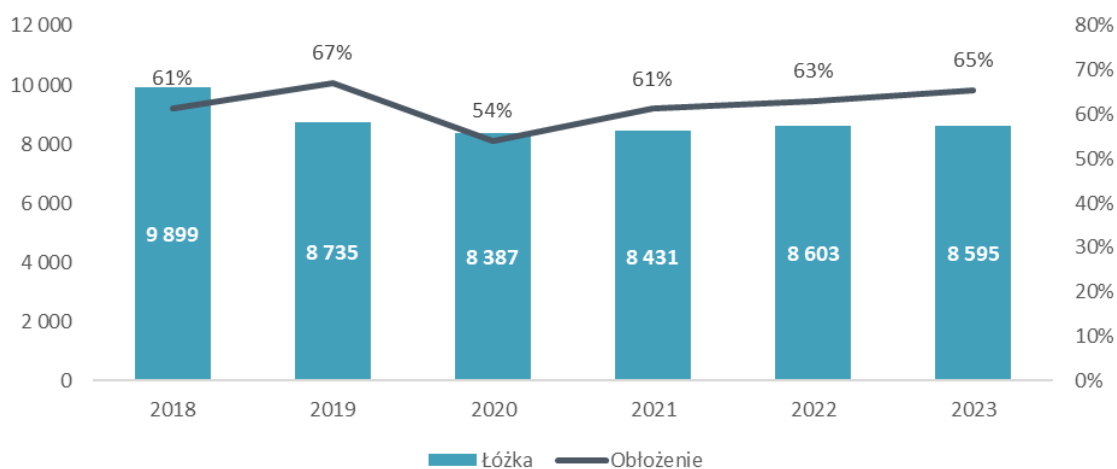


Wykres 38 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach neurochirurgii dla dzieci w latach 2018-2023.

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

Na oddziałach chirurgii urazowo - ortopedycznej liczba łóżek uległa zmniejszeniu z 9 899 w 2018 roku do 8 735 w 2019 roku. Spadek ten był obserwowany we wszystkich województwach. W następnych analizowanych latach poziom łóżek nie wykazywał większych wahań, a w ostatnim analizowanym

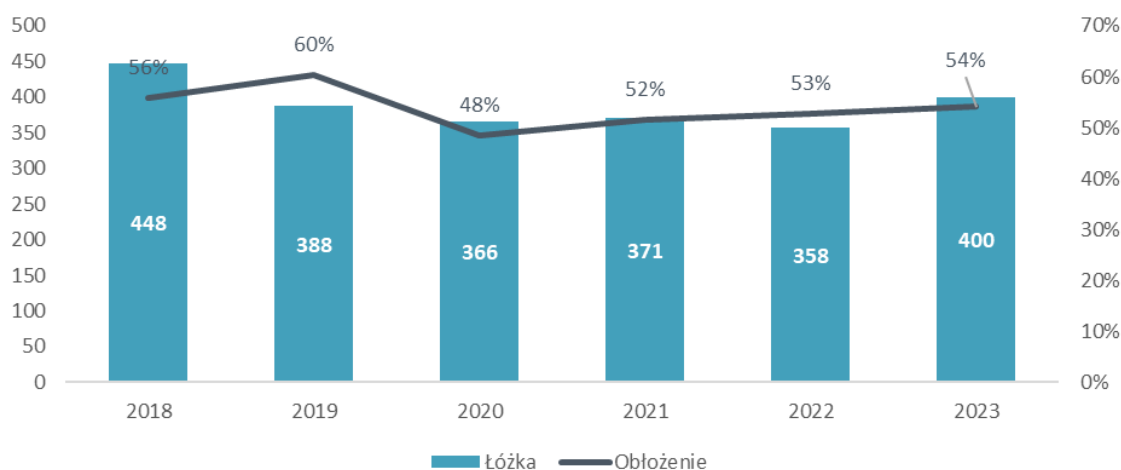
okresie liczba łóżek wynosiła 8 595. Największe obłożenie (67%) wystąpiło w 2019 roku. Najniższe obłożenie (54%) odnotowano w 2020 roku. W następnych analizowanych latach obłożenie łóżek stale rosło do poziomu 65% w 2023 roku. Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres.



Wykres 39 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej w latach 2018-2023.

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

Baza łóżkowa oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci wykazywała roczny spadek w latach 2018-2020 z poziomu 448 do 366 łóżek. W 2021 nastąpił niewielki wzrost łóżek do 371, a w 2022 liczba łóżek kształtowała się na poziomie 358. Spadki wynikały ze zmniejszenia bazy łóżkowej w większości województw. W ostatnim analizowanym okresie nastąpił wzrost liczby łóżek (400). Obłożenie rokrocznie rosło na przestrzeni lat 2018-2019 do poziomu 60%. W 2020 roku zajętość łóżek zmniejszyła się do poziomu 48%, a w dwóch ostatnich analizowanych latach rosła do poziomu 54%.



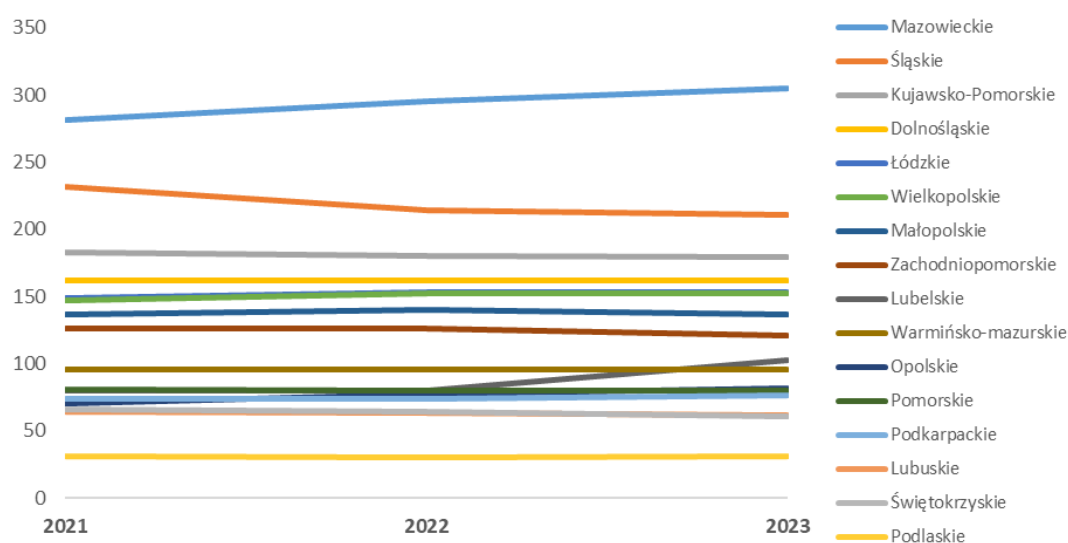
Wykres 40 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci w latach 2018-2023.

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

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

Największa liczba łóżek dedykowanych neurochirurgii znajdowała się w województwie mazowieckim i śląskim. Na przestrzeni analizowanych lat liczba łóżek wzrosła w 5 województwach, szczególnie

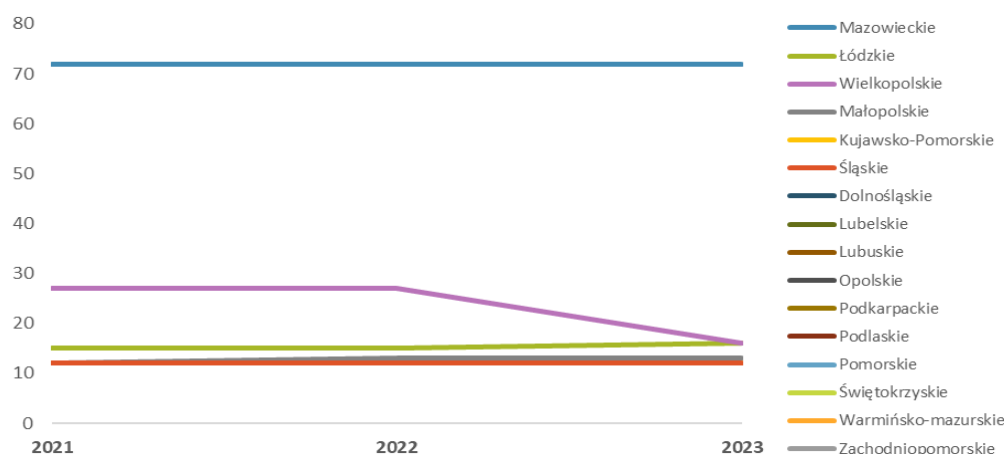
w województwie lubelskim (+29%). Spadek bazy łóżkowej zaobserwowano w 7 województwach, z których największy spadek wykazało województwo śląskie (-9%). W 4 województwach liczba łóżek pozostała bez zmian. Dane przedstawiono na poniższym wykresie.



Wykres 41 Liczba łóżek na oddziałach neurochirurgii w podziale na województwa w latach 2021-2023.

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

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

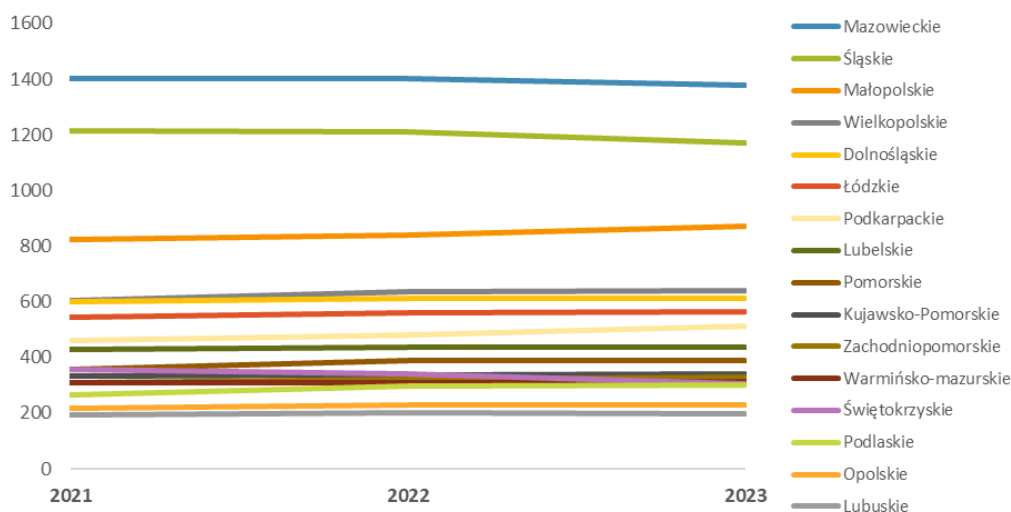


Wykres 42 Liczba łóżek na oddziałach neurochirurgii dla dzieci w podziale na województwa w latach 2021-2023.

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

Największą liczbę łóżek na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej zaobserwowano w województwie mazowieckim i śląskim. Na przestrzeni analizowanych lat liczba łóżek wzrosła w 13 województwach, a najbardziej w województwie podlaskim (+13%) i podkarpackim (+11%).

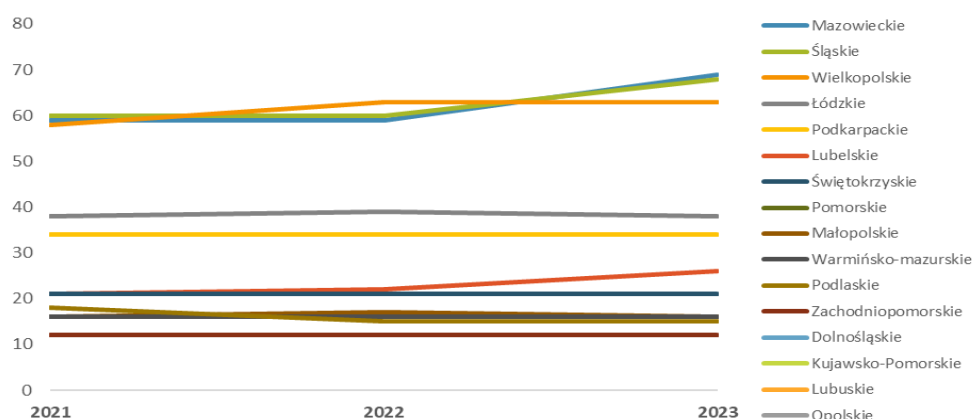
Spadek bazy łóżkowej zaobserwowano w 3 województwach, z których największy spadek wykazało województwo świętokrzyskie (-14%). Dane przedstawiono na poniższym wykresie.



Wykres 43 Liczba łóżek na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej w podziale na województwa w latach 2021-2023.

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

Województwa o największej liczbie łóżek na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci we wszystkich analizowanych latach to mazowieckie, śląskie i wielkopolskie. Zwiększenie liczby łóżek wystąpiło w 4 województwach, zmniejszenie w 1, a w 7 województwach pozostało bez zmian. Największy wzrost łóżek w 2023 roku w porównaniu do 2021 odnotowano w województwie lubelskim (+24%). Spadek liczby łóżek wystąpił w województwie podlaskim (-17%). W województwie pomorskim w 2022 r. liczba łóżek spadła do 0 (likwidacja oddziału), jednak w 2023 r. ponownie wynosiła 18, tak jak w 2021 roku. W 4 województwach nie zaobserwowano łóżek dedykowanych chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci. Dane przedstawiono na poniższym wykresie.

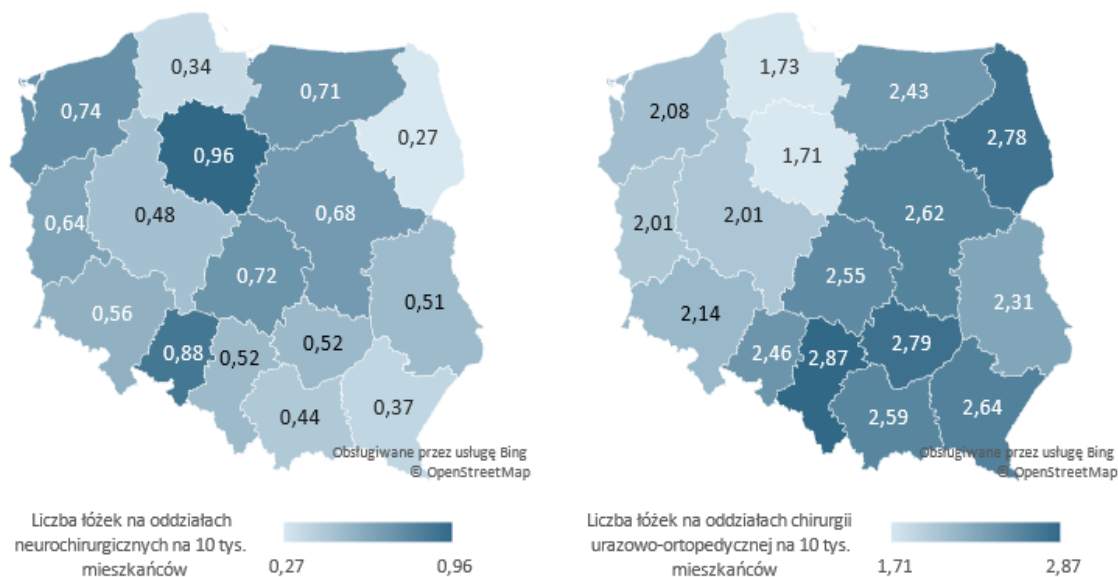


Wykres 44 Liczba łóżek na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci w podziale na województwa w latach 2021-2023.

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

Przeanalizowano liczbę wszystkich łóżek na wszystkich oddziałach neurochirurgii oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej w roku 2023, w województwach, w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców. W przypadku oddziałów neurochirurgicznych największa liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców wystąpiła

w województwie kujawsko-pomorskim i opolskim, a najmniejsza w podlaskim i pomorskim. Najmniejsza liczba łóżek na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wystąpiła w województwie pomorskim i kujawsko-pomorskim, a największa w województwie śląskim, świętokrzyskim i podlaskim. Dane zostały ujęte w poniższych wykresach.



Wykres 45 Liczba łóżek na oddziałach neurochirurgii oraz oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej na 10 tys. mieszkańców w podziale na województwa 2023 r.

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

Przeanalizowano również średnią liczbę łóżek przypadającą na komórkę organizacyjną (oddział szpitalny) w 2023 roku, w rozbiciu na województwa oraz ogólną średnią dla Polski. Średnia liczba łóżek na oddziałach neurochirurgii w skali całego kraju to 23. Największa liczba łóżek na komórkę organizacyjną przypadła w województwie świętokrzyskim i podlaskim, a najmniejsza w województwie mazowieckim, pomorskim i zachodniopomorskim. Szczegółowe informacje zostały przedstawione na poniższym wykresie.



Wykres 46 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział neurochirurgii.

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

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



Wykres 47 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział neurochirurgii dla dzieci.

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

Średnia liczba łóżek w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej w skali całego kraju to 24. Największa średnia liczba łóżek przypadająca na jedną komórkę organizacyjną wystąpiła w województwie lubuskim, a najmniejsza w województwach warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim. Szczegółowe dane przedstawia poniższy wykres.



Wykres 48 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej.

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

Średnia liczba łóżek na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej dedykowanych dzieciom w skali całego kraju wynosiła 11. Największa liczba łóżek na komórkę organizacyjną przypadła w województwach łódzkim i podkarpackim, a najmniejsza w województwach dolnośląskim

i małopolskim. Mała liczba łóżek w województwie dolnośląskim wynika z funkcjonowania tylko jednego oddziału z 4 łózkami. W województwie kujawsko-pomorskim, lubuskim i opolskim nie odnotowano łóżek z analizowanego zakresu. Dane zostały przedstawione na poniższym wykresie.



Wykres 49 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci.

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

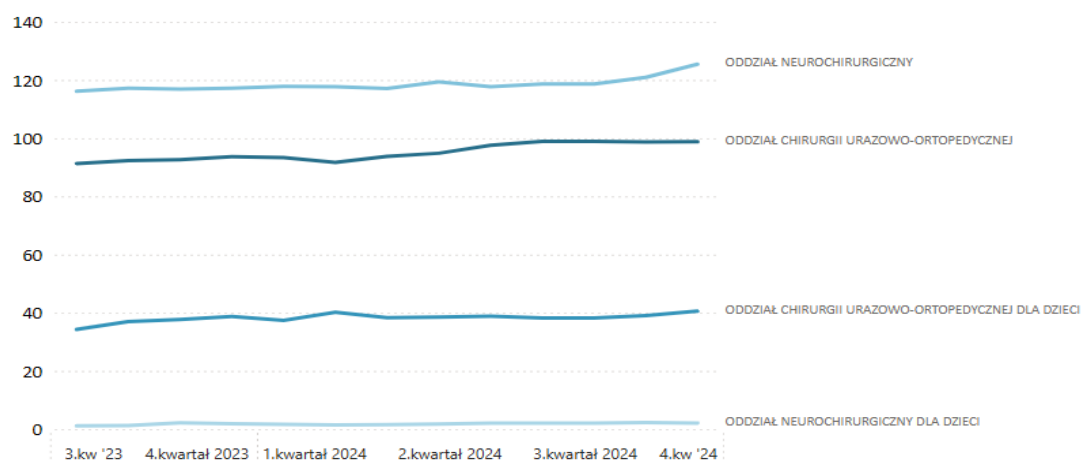
Kolejki oczekujących

Na podstawie danych pozyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia przeanalizowano średnią liczbę osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziałów realizujących świadczenia obejmujące leczenie chorób kręgosłupa. Analizę kolejek przeprowadzono dla okresu 09.2023–10.2024 w rozbiu na przypadki pilne oraz stabilne.

Średnia liczba osób oczekujących dla przypadków pilnych wynosiła:

- dla oddziału neurochirurgicznego – 119 osób,
- dla oddziału neurochirurgicznego dla dzieci – 2 osoby,
- dla oddziału chirurgii urazowo–ortopedycznej – 95 osób,
- dla oddziału chirurgii urazowo–ortopedycznej dla dzieci – 38 osób.

Średnia liczba oczekujących dla wszystkich analizowanych oddziałów dla przypadków pilnych wyniosła 94 osoby. Dane przedstawiono na poniższym wykresie.



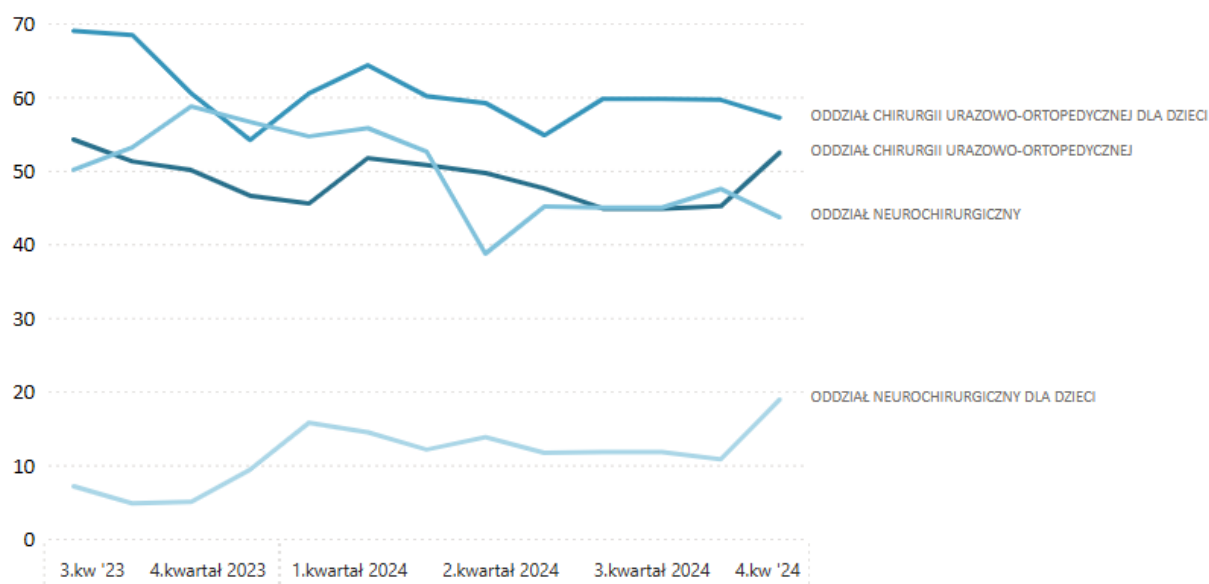
Wykres 50 Średnia liczba osób oczekujących – przypadki pilne.

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

Na podstawie przedmiotowych danych średni czas oczekiwania dla przypadków pilnych wynosił odpowiednio:

- dla oddziału neurochirurgicznego – 49,7 dni,
- dla oddziału neurochirurgicznego dla dzieci – 11,4 dni,
- dla oddziału chirurgii urazowo–ortopedycznej – 48,8 dni,
- dla oddziału chirurgii urazowo–ortopedycznej dla dzieci – 60,5 dni.

Średni czas oczekiwania dla analizowanych oddziałów wyniósł 49 dni dla przypadków pilnych. Dane przedstawiono na poniższym wykresie.



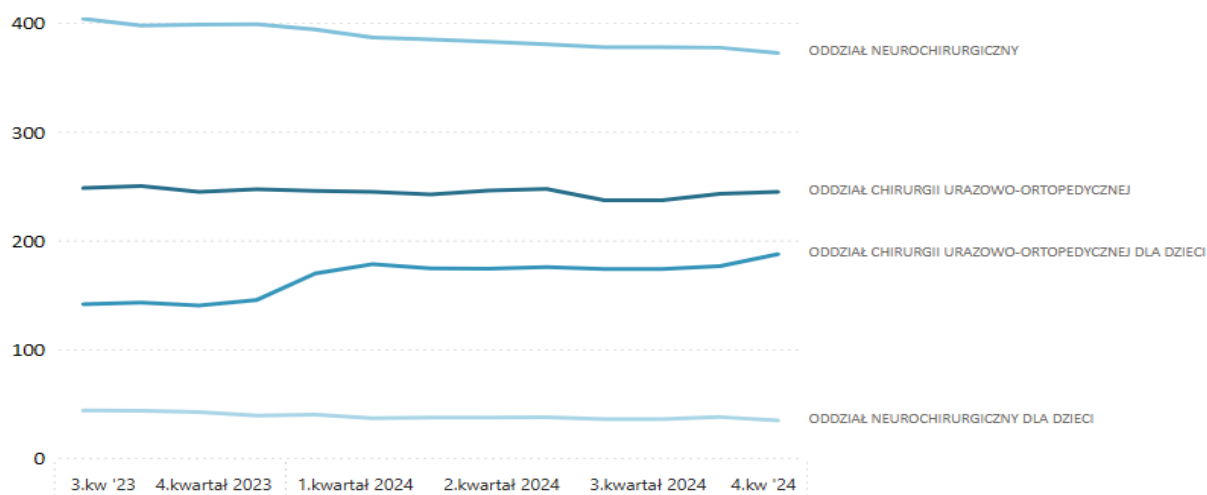
Wykres 51 Średni czas oczekiwania [dni] – przypadki pilne.

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

W odniesieniu do przypadków stabilnych średnia liczba osób oczekujących wynosiła:

- dla oddziału neurochirurgicznego – 387 osób,
- dla oddziału neurochirurgicznego dla dzieci – 38 osób,
- dla oddziału chirurgii urazowo–ortopedycznej – 244 osoby,
- dla oddziału chirurgii urazowo–ortopedycznej dla dzieci – 166 osób.

Średnia liczba oczekujących dla wszystkich analizowanych oddziałów wyniosła 260 osób. Dane przedstawiono na poniższym wykresie.



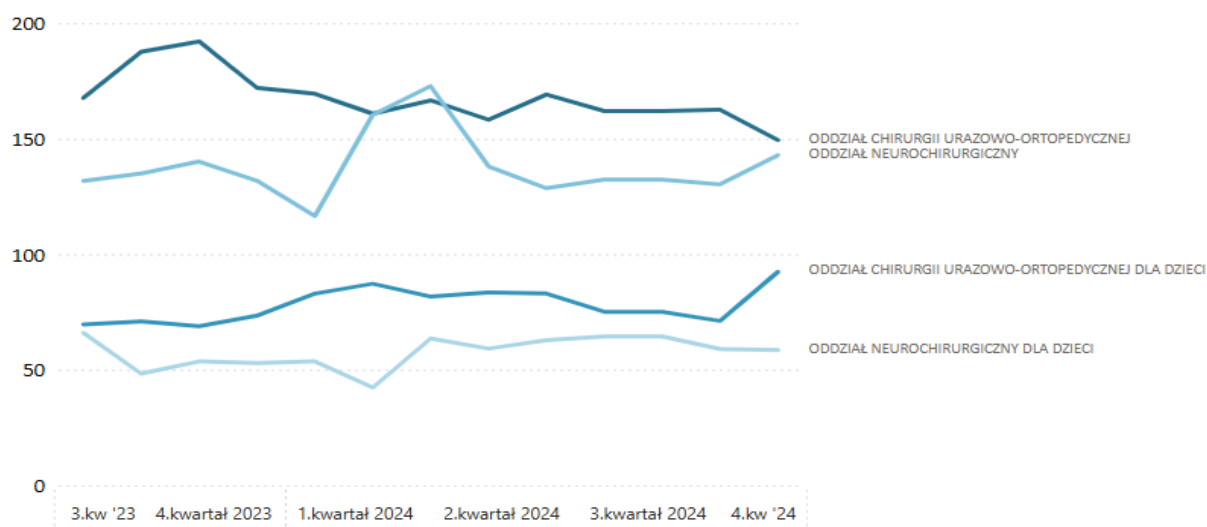
Wykres 52 Średnia liczba osób oczekujących – przypadki stabilne.

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

Średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wynosił odpowiednio:

- dla oddziału neurochirurgicznego – 137,9 dni,
- dla oddziału neurochirurgicznego dla dzieci – 57,7 dni,
- dla oddziału chirurgii urazowo–ortopedycznej – 167,6 dni,
- dla oddziału chirurgii urazowo–ortopedycznej dla dzieci – 78,1 dni.

Dla wszystkich analizowanych oddziałów średni czas oczekiwania wyniósł 154,6 dni dla przypadków stabilnych. Dane przedstawiono na poniższym wykresie.



Wykres 53 Średni czas oczekiwania [dni] – przypadki stabilne.

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

2.5. Stan finansowania w innych krajach

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

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

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

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

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

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

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

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

Informacje dotyczące wyceny świadczeń szpitalnych obejmujących choroby kręgosłupa odnaleziono dla następujących krajów: Francji, Niemiec oraz Szwajcarii. W poniższej tabeli zawarte zostały podstawowe zestawienia.

Tabela 16 Podsumowanie wyceny świadczeń szpitalnych obejmujących choroby kręgosłupa w 2024 roku w poszczególnych krajach.

	Polska	Francja	Niemcy	Szwajcaria
Waluta	PLN	EUR	EUR	CHF
Kurs waluty (27.12.2024)	nd.	4,27	4,27	4,56
PKB per capita (USD)	23 434	57 956	69 242	91 828

	Polska	Francja	Niemcy	Szwajcaria
PKB per capita PPP (USD)	49 060	58 167	68 019	89 996
CPL	72	153	154	249
CPL/CPL PL	1	2,125	2,139	3,458
Kodowanie rozpoznań	ICD-10	ICD-10	ICD-10-GM	ICD-10-GM
Kodowanie procedur	ICD-9	OPCS	OPS	OPS
Liczba grup	14	14	33	20
Wartość MIN	1 503 PLN	2 778 PLN	7 439 PLN	10 414 PLN
Wartość MAX	69 006 PLN	75 594 PLN	163 735 PLN	141 355 PLN
Uwagi	Klasyfikacja uwzględnia stopień złożoności stanu pacjenta.	Klasyfikacja uwzględnia stopień złożoności stanu pacjenta oraz czas trwania opieki.	Klasyfikacja uwzględnia czynniki wpływające na stan zdrowia oraz czas trwania opieki.	Klasyfikacja uwzględnia czynniki wpływające na stan zdrowia oraz czas trwania opieki.

Źródło: Opracowanie własne.

Poniżej opisano informacje dotyczące wyceny świadczeń szpitalnych obejmujących choroby kręgosłupa w poszczególnych krajach w latach 2020-2024. Szczegółowe zestawienie przedstawiono w załączniku nr 5.

Francja

We francuskim systemie zidentyfikowano 14 grup służących do rozliczania chorób w obrębie kręgosłupa. Pomiedzy rokiem 2020 a 2024 wzrost wartości świadczeń odnotowano we wszystkich analizowanych grupach. Wielkość wzrostu wycen kształtowała się od 10,41% w przypadku grupy 313708M314 *Ostre zapalenie kości i szpiku (w tym kręgow) i septyczne zapalenie stawów, stopień 4* do 18,96% dla grup 22501M093 *Schorzenia, urazy kręgosłupa i rdzenia kręgowego, poziom 3* i 22601M094 *Schorzenia, urazy kręgosłupa i rdzenia kręgowego, poziom 4* (średnio 17,65%).

Tego rodzaju zmiany we francuskim systemie ochrony zdrowia wynikają z konieczności dostosowania taryf do rosnących kosztów opieki medycznej, wprowadzenia bardziej zaawansowanych technologii diagnostycznych i terapeutycznych, a także uwzględnienia rozwoju standardów leczenia, które mają na celu zapewnienie skuteczniejszej i bardziej kompleksowej opieki nad pacjentami.

Niemcy

W niemieckim systemie zidentyfikowano 33 grupy służące do rozliczania analizowanych świadczeń. Spośród których wyróżnić można 3 grupy zachowawcze, 22 grupy zabiegowe oraz 8 grup dedykowanych osobom poniżej 18 roku życia.

Pomiedzy rokiem 2020 a 2024 wzrost wartości świadczeń odnotowano w przypadku 32 grup (średnio 16,45%), z czego powyżej 15 % w przypadku 9 grup, a spadek wartości odnotowano w przypadku 1 grupy (o -0,89%). Największy wzrost dotyczył grup B20A *Kraniotomia lub poważna operacja kręgosłupa ze skomplikowanymi procedurami, wiek < 18 r.ż. lub z powikłaniami wiek < 16 r.ż.* (49%), I10B *Inne interwencje na kręgosłupie, z określonymi procedurami na rdzeniu kręgowym, lub para/tetraplegią lub złamaniem kręgu, bez ciężkiego przebiegu chorób współistniejących lub pozostałe zabiegi na kręgosłupie z ciężkim przebiegiem chorób współistniejących, hospitalizacja powyżej jednego dnia lub skomplikowane zabiegi przy zapaleniu dysku lub zabieg usuwania zmian nowotworowych* (39%), a najbardziej znaczący wzrost, aż o 137%, dotyczy grupy I68E *Choroby i urazy okolicy kręgosłupa leczone niechirurgicznie przy jednodniowej hospitalizacji*.

Wybrane grupy G-DRG odnotowały bardziej znaczące wzrosty taryf, co może być związane z ich szczególnym charakterem klinicznym, wprowadzeniem nowych standardów opieki oraz zwiększonym zapotrzebowaniem na zaawansowane technologie i dodatkowe zasoby medyczne.

Szwajcaria

W szwajcarskim systemie zidentyfikowano 20 grup służących do rozliczania analizowanych świadczeń podzielonych według długości pobytu pacjenta, który przekłada się na stopień zużycia zasobów. Spośród analizowanych grup wyróżnić można 4 grupy zachowawcze, 10 grup zabiegowych oraz 6 grup dedykowanych osobom poniżej 18 roku życia.

Pomiędzy rokiem 2020 a 2024 wzrost wartości świadczeń odnotowano we wszystkich analizowanych grupach (średnio 24,06%). Największy wzrost, powyżej 30%, dotyczył grup *B02A Złożona kraniotomia lub operacja kręgosłupa, wiek < 6 r.ż. lub < 18 r.ż. z poważną operacją wewnątrzczaszkową, z wyjątkowo ciężkim przebiegiem chorób współistniejących lub złożonym leczeniem intensywnej terapii* (32%), *I06A Bardzo skomplikowane zabiegi kręgosłupa lub wieloetapowe złożone zabiegi operacyjne lub ostra rehabilitacja geriatryczna od 14 dni leczenia lub procedury powikłane* (32%), *901C Rozszerzony zabieg operacyjny niezwiązany z rozpoznaniem głównym, z inną operacją głowy i kręgosłupa lub wiek < 1 roku życia* (33%), *B20A Określone lub złożone interwencje wewnątrzczaszkowe lub poważna operacja kręgosłupa ze złożonym leczeniem na intensywnej terapii lub złożonym leczeniem na intensywnej terapii* (39%), a najbardziej znaczący przyrost, aż o 67%, dotyczy grupy *B03C Interwencje chirurgiczne w przypadku para-/tetraplegii, chorób mózgu oraz interwencje w przypadku porażenia mózgowego, dystrofii mięśniowej, neuropatii lub interwencje na kręgosłupie lub rdzeniu kręgowym oraz procedury powikłane, wiek > 15 r.ż.* Wyraźny wzrost niektórych grup w 2023 roku można powiązać z aktualizacjami w szwajcarskich grupach SwissDRG, które uwzględniły rosnące koszty zaawansowanych procedur, oraz dostosowanie wycen do zapotrzebowania na bardziej skomplikowane i zasobochłonne interwencje medyczne.

2.6.Cenniki komercyjne

W celach porównawczych przeprowadzono analizę cen komercyjnych usług medycznych odpowiadających świadczeniom objętym taryfikacją. Celem badania było zestawienie wartości taryfikowanych świadczeń z cenami rynkowymi obowiązującymi w sektorze prywatnym, co pozwala na szersze spojrzenie na relację pomiędzy wyceną publiczną a poziomem kosztów akceptowanych przez pacjentów w systemie komercyjnym.

Informacje o cenach komercyjnych poszczególnych świadczeń zostały pozyskane poprzez przeszukiwanie dostępnych źródeł internetowych, w szczególności oficjalnych stron internetowych podmiotów leczniczych realizujących świadczenia będące przedmiotem niniejszego raportu. Udało się odnaleźć i przeanalizować cenniki w 13 placówkach medycznych, które łącznie zrealizowały w 2023 roku 11,48% liczby świadczeń oraz 13,17% wartości świadczeń z obszaru objętego projektem taryfikacyjnym.

Analiza objęła cenniki komercyjne procedur medycznych związanych z leczeniem schorzeń kręgosłupa, obejmujących przede wszystkim układ mięśniowo-szkieletowy oraz układ nerwowy. Uzyskane dane umożliwiły oszacowanie rynkowej wartości świadczeń i zestawienie jej z projektowanymi wycenami, co może stanowić dodatkowy punkt odniesienia przy ocenie adekwatności zaproponowanych taryf.

Szczegółowe podsumowanie przedstawiono w załączniku nr 6 do niniejszego raportu. Natomiast informacje zbiorcze przedstawia poniższa tabela.

Tabela 17 Cenniki komercyjne w podziale na kategorię zabiegu - realizatorzy świadczeń

Kategoria zabiegu	Liczba wystąpień	Min [zł]	Średnia [zł]	Max [zł]
Leczenie nowotworów struktur kanału kręgowego (sam zabieg)	2	9 938	12 469	15 000
Kompleksowe zabiegi z zastosowaniem implantów	10	31 500	59 265	75 000
Neuromodulacja (sam zabieg)	1	3 500	3 500	3 500
Zabiegi odbarczające	20	5 616	10 667	22 000
Termolezja/Kriolezja	6	2 750	4 280	7 831
Termolezja/Kriolezja (sam zabieg)	16	1 000	2 003	3 500
Usunięcie nowotworu kręgosłupa ze stabilizacją (sam zabieg)	3	12 000	12 000	12 000
Usunięcie przepukliny jądra miazdżystego	9	3 375	7 467	18 400
Werteброplastyka/Kyfoplastyka	11	6 000	10 047	18 500
Wszczepienie/Usunięcie/Wymiana stymulatora (sam zabieg)	2	13 000	15 000	17 000
Zabiegi z zastosowaniem implantów na 1 poziomie	9	15 500	26 737	42 000
Zabiegi z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach	19	15 500	33 629	59 000
Zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym	15	6 430	10 057	25 000
Zabiegi wewnątrztrzonowe i wewnątrzdykowe	59	6 412	11 597	26 000
Zabiegi z zastosowaniem implantów na 1 poziomie (sam zabieg)	7	10 000	12 857	18 000
Zabiegi z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach (sam zabieg)	4	14 000	16 000	18 000

Źródło: Opracowanie własne na podstawie cenników komercyjnych realizatorów świadczeń.

W ramach analizy porównawczej zebrano również dane dotyczące kosztów osobodnia na oddziałach neurochirurgii oraz ortopedii w placówkach realizujących świadczenia będące przedmiotem niniejszego raportu. Informacje te pochodziły z ogólnodostępnych cenników komercyjnych, publikowanych na stronach internetowych podmiotów leczniczych.

Cenniki zawierające stawki za osobodzień hospitalizacji odnaleziono w 10 placówkach medycznych, które w 2023 roku łącznie zrealizowały 6,78% ogólnej liczby świadczeń oraz odpowiadały za 7,62% całkowitej wartości świadczeń w analizowanym obszarze projektu taryfikacyjnego. Dane te stanowią dodatkowy punkt odniesienia w ocenie adekwatności projektowanych wycen, zwłaszcza w kontekście kosztów stałych związanych z opieką stacjonarną oraz różnic pomiędzy finansowaniem publicznym a cenami funkcjonującymi w sektorze komercyjnym.

Szczegółowe podsumowanie odnalezionych danych znajduje się w załączniku nr 6 do niniejszego raportu. Natomiast informacje zbiorcze przedstawia poniższa tabela.

Tabela 18 Średnia cena osobodnia w podziale na rodzaj oddziału - realizatorzy świadczeń

Nazwa oddziału	Liczba wystąpień	Min [zł]	Średnia [zł]	Max [zł]
Oddział Neurochirurgii	8	770	1 874	2 800
Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	7	960	1 661	2 480
Oddział Ortopedii	1	1 900	1 900	1 900

Źródło: Opracowanie własne na podstawie cenników komercyjnych realizatorów świadczeń.

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

- Brak szczegółowych informacji o składowych ceny komercyjnej świadczenia – w części cenników nie było możliwe jednoznaczne ustalenie, czy publikowane ceny obejmują wszystkie elementy procedury (np. znieczulenie, pobyt, badania diagnostyczne, koszty implantów).

- Niewielka liczba dostępnych danych dla większości świadczeń – ograniczona próba cen komercyjnych, szczególnie w przypadku mniej popularnych lub bardziej specjalistycznych procedur, nie pozwala na przeprowadzenie rzetelnej analizy statystycznej oraz wykazanie istotności różnic.
- Znaczna zmienność cen – zarówno w obrębie poszczególnych procedur, jak i pomiędzy procedurami składającymi się na jedną Jednorodną Grupę Pacjentów (JGP). Różnice te mogą wynikać z lokalizacji świadczeniodawcy, renomy placówki, zastosowanych technologii, poziomu świadczeń dodatkowych.
- Ograniczony dostęp do komercyjnych cenników – szczególnie w przypadku procedur zabiegowych, dla których ceny często ustalane są indywidualnie po konsultacji. Dodatkowo, brak informacji o wycenie leczenia zachowawczego uniemożliwia porównania w tym zakresie. Cenniki komercyjne uwzględnione w ww. załączniku należy traktować pogładowo, z uwagi na fakt różnej metodyki przedstawiania cen komercyjnych, niejednokrotnie bez informacji dotyczącej elementów składowych ceny.

2.7. Uwagi do świadczenia

2.7.1. Uwagi zgłoszone przez interesariuszy

W ślad za ogłoszonym postępowaniem dotyczącym pozyskania danych do taryfikacji świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie chorób układu mięśniowo-szkieletowego – w części dotyczącej leczenia chorób kręgosłupa – w dniu 1 czerwca 2023 r. Agencja, za pośrednictwem korespondencji e-mail, zwróciła się do realizatorów przedmiotowych świadczeń z prośbą o przekazanie wszelkich uwag, sugestii oraz opinii dotyczących realizacji świadczeń gwarantowanych w ww. obszarze.

W odpowiedzi na powyższe wystąpienie wpłynęła jedna uwaga, odnosząca się do grupy H51 *Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa*.

Zgodnie ze stanowiskiem interesariusza, zabiegi onkologiczne w obrębie kręgosłupa stanowią specyficzną grupę procedur chirurgicznych, która wymaga często zastosowania bardzo kosztownych, specjalistycznych implantów, niedostępnych lub niestosowanych w procedurach traumatologicznych. Jak wskazano, stosowanie tego typu implantów:

- umożliwia bardziej precyzyjne planowanie pooperacyjnej radioterapii,
- zwiększa skuteczność samego leczenia onkologicznego,
- ułatwia wczesne wykrywanie ognisk wznowy choroby nowotworowej.

W ocenie interesariusza powyższe czynniki skutkują znaczącym wzrostem kosztów związanych z realizacją zabiegów, przekraczającym poziom finansowania określony aktualnie dla grupy H51.

W związku z powyższym zaproponowano:

- zmianę podejścia do wyceny procedur z zakresu chirurgii onkologicznej kręgosłupa,
- objęcie tych zabiegów mechanizmem rozliczania z wyłączeniem kosztów implantów (implanty rozliczane osobno),
- odejście od rozliczania w oparciu o liczbę stabilizowanych segmentów w przypadku pacjentów onkologicznych,
- jednoznaczne przyporządkowanie procedur onkologicznych w obrębie kręgosłupa do grupy H51, z uwzględnieniem ich odrębnej specyfiki klinicznej i ekonomicznej.

2.7.2. Uwagi, rekomendacje ekspertów

Dodatkowo, całe grono eksperckie współpracujące z Agencją zwraca uwagę na fakt, że obowiązujące obecnie nazewnictwo procedur medycznych w katalogu ICD-9 jest w wielu przypadkach nieadekwatne do aktualnej praktyki klinicznej i nie odpowiada postępowi, jaki dokonał się w zakresie technik diagnostycznych i terapeutycznych. W opinii ekspertów niezbędna jest kompleksowa aktualizacja katalogu ICD-9, w szczególności w obszarze leczenia schorzeń kręgosłupa, tak aby odzwierciedlał rzeczywisty zakres wykonywanych procedur oraz umożliwiał ich jednoznaczną identyfikację i właściwą wycenę.

Zmiany te powinny zostać wypracowane w ścisłej współpracy z przedstawicielami środowiska medycznego, w tym konsultantami krajowymi i wojewódzkimi oraz reprezentantami właściwych towarzystw naukowych.

W ramach przekazanych Agencji korekt merytorycznych eksperci przedstawili również szczegółowe informacje dotyczące stosowania różnych technik operacyjnych – zarówno klasycznych (otwartych), jak i nowoczesnych metod małoinwazyjnych, w tym technik endoskopowych, wykorzystywanych w leczeniu chorób kręgosłupa. Zwrócono uwagę, że chociaż zabiegi endoskopowe generują wyższe koszty jednostkowe – wynikające m.in. z konieczności użycia specjalistycznego sprzętu, narzędzi jednorazowych oraz dodatkowego przeszkolenia personelu – to jednocześnie wiążą się z istotnymi korzyściami klinicznymi. Należą do nich: skrócenie czasu hospitalizacji, szybszy powrót do sprawności pacjenta, zmniejszenie ryzyka powikłań pooperacyjnych oraz ogólna poprawa efektywności leczenia.

W odniesieniu do projektu nowego katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów dla schorzeń kręgosłupa, przedstawionego w załączniku nr 3, Polskie Towarzystwo Chirurgii Kręgosłupa (PTCHK) zgłosiło potrzebę utworzenia odrębnej grupy rozliczeniowej dedykowanej zabiegom z wykorzystaniem systemów robotyki chirurgicznej. Eksperci zwracają uwagę, że, pomimo rosnącego zastosowania robotyki w chirurgii kręgosłupa, obecny koszyk świadczeń gwarantowanych nie obejmuje takich wskazań.

W opinii ekspertów z PTCHK, rozszerzenie w koszyku świadczeń gwarantowanych wskazań do procedur robotowych w byłoby odpowiedzią na rozwój technologiczny w chirurgii kręgosłupa i umożliwiłoby formalne rozliczanie tych świadczeń. Jak wykazano w publikacji „Zastosowanie robotów w chirurgii kręgosłupa – przegląd literatury” (Łajczak, 2024), techniki robotowe znacząco zwiększają precyzję operacji, redukują ryzyko powikłań, skracają czas zabiegu oraz zmniejszają utratę krwi i ekspozycję na promieniowanie jonizujące dla pacjenta i personelu.

Analogicznie do wskazań dotyczących robotyki, eksperci postulują włączenie do koszyka świadczeń gwarantowanych procedury neuromonitoringu śródoperacyjnego. Jak podkreślają specjaliści z Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. W. Degi Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, neuromonitoring jest procedurą neurofizjologiczną, której celem jest bieżąca ocena przewodnictwa nerwowego w obrębie rdzenia kręgowego podczas operacji. Stosowany jest m.in. w korekcji deformacji kręgosłupa, takich jak skoliozy. Jego zastosowanie znacząco zwiększa bezpieczeństwo zabiegu, redukuje ryzyko trwałego uszkodzenia struktur nerwowych i pozwala na lepsze monitorowanie stanu neurologicznego pacjenta w okresie pooperacyjnym. Zastosowanie

neuromonitoringu wpływa również na skrócenie czasu operacji i potencjalnie obniża koszty całkowite leczenia.⁴

Jednocześnie w wyniku konsultacji eksperci wskazali na konieczność:

- usunięcia z koszyka świadczeń gwarantowanych procedur niemających dowodów naukowych Evidence-based medicine (EBM) tj.:
 - ✓ 80.521 Chemonukleoliza krążka międzykręgowego - na poziomie szyjnym,
 - ✓ 80.522 Chemonukleoliza krążka międzykręgowego - na poziomie piersiowym,
 - ✓ 80.523 Chemonukleoliza krążka międzykręgowego - na poziomie lędźwiowym.
- dodanie do koszyka świadczeń gwarantowanych nw. procedur jako procedur doszczegóławiających procedury obecne i uwzględnienie ich na liście dodatkowej HK7:
 - ✓ 84.551 Wprowadzenie: cementu akrylowego (PMMA),
 - ✓ 84.552 Wprowadzenie: cementu do przestrzeni kostnych,
 - ✓ 84.553 Wprowadzenie: wypełniacza przestrzeni kostnych opartego na wapniu,
 - ✓ 84.554 Wprowadzenie: polimetylmetaakrylitu (PMMA).

W związku z przebudową katalogu JGP oraz wydzieleniem nowej sekcji dedykowanej schorzeniom kręgosłupa, w kontekście wspólnej rekomendacji dotyczącej ponownej wyceny świadczeń po roku od wejścia w życie proponowanych taryf, szczególnego znaczenia nabiera kompletna i szczegółowa sprawozdawczość wszystkich procedur wykonanych w trakcie hospitalizacji – nie tylko tych, które determinują przypisanie do konkretnej grupy JGP.

Dokładne raportowanie pełnego zakresu procedur medycznych umożliwia lepsze zróżnicowanie pacjentów pod względem rzeczywistej kosztowności leczenia oraz pozwala uwzględnić różnice wynikające ze stosowanych technologii i technik operacyjnych. Ma to szczególne znaczenie w chirurgii kręgosłupa, gdzie – zgodnie z opiniami ekspertów – na koszt zabiegu w istotnym stopniu wpływają m.in. takie procedury jak:

- 00.36 – Chirurgia wspomagana komputerowo z neuronawigacją,
- neuromonitoring śródoperacyjny – procedura rekomendowana przez środowisko eksperckie do włączenia do koszyka świadczeń gwarantowanych.

W związku z powyższym, zasadnym byłoby rozważenie przez Płatnika wdrożenia mechanizmu wymuszającego obligatoryjne sprawozdawanie informacji o wykonaniu tych procedur – w szczególności po formalnym rozszerzeniu koszyka świadczeń gwarantowanych o neuromonitoring śródoperacyjny. Umożliwiłoby to uzyskanie rzetelnych danych niezbędnych do właściwej ewaluacji kosztów leczenia i dalszego doskonalenia systemu taryfikacji.

Dodatkowo należy mieć na uwadze pozyskane w toku współpracy grupami eksperckimi rekomendacje dotyczące rozszerzenia wskazań do grupy HK11 *Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego, stymulatora nerwu obwodowego**. Zostały one zgłoszone odpowiednio przez:

⁴ <https://orsk.pl/index.php/2022/04/26/neuromonitoring-w-czasie-rzeczywistym-oraz-inne-innowacje-neuromonitoringu-srodoperacyjnego-podczas-operacji-na-kregoslupie-w-szpitalu/> (dostęp w dn. 14.01.2025 r.)

- eksperta współpracującego z Agencją z Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa, który zgłosił propozycję rozszerzenia wskazań do grupy o następujące rozpoznania ICD-10:
 - *G13.0 Paranowotworowa neuromiopia i neuropatia*
 - *G53.0 Nerwoból po przebytych półpaścu (B02.2†)*
 - *G54.0 Zaburzenia splotu ramiennego*
 - *G54.1 Zaburzenia splotu lędźwiowo-krzyżowego*
 - *G54.2 Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych szyjnych niesklasyfikowane gdzie indziej*
 - *G54.3 Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych piersi owych niesklasyfikowane gdzie indziej*
 - *G54.4 Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych lędźwiowo-krzyżowych niesklasyfikowane gdzie indziej*
 - *G54.8 Inne zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych*
 - *G56.4 Kauzalgia*
 - *G58.0 Neuropatia międzyżebrowa*
 - *G58.8 Inne określone mononeuropatie*
 - *G82.1 Spastyczne porażenie kończyn dolnych*
 - *G82.2 Porażenie kończyn dolnych, nieokreślone*
 - *G82.4 Spastyczne porażenie czterokończynowe*
 - *G82.5 Porażenie czterokończynowe, nieokreślone*
 - *G83.0 Porażenie obustronne kończyn górnych*
 - *G83.1 Porażenie jednej kończyny dolnej*
 - *G83.2 Porażenie jednej kończyny górnej*
 - *G83.3 Porażenie jednej kończyny, nieokreślone*
 - *G83.8 Inne określone zespoły porażenne*
- Polskie Towarzystwo Neuromodulacji, Polskie Towarzystwo Badania Bólu, w tym Sekcję Interwencyjną oraz Sekcję Stereotaksji i Neurochirurgii Czynnościowej Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów, które zgłosiły propozycję rozszerzenia wskazań do grupy o następujące rozpoznania ICD-10:
 - *G43.9 – Migrena, nieokreślona*
 - *G44.0 – Klasterowe bóle głowy*
 - *G50.0 – Nerwoból nerwu trójdzielnego*
 - *G50.8 – Inne zaburzenia nerwu trójdzielnego*
 - *G54.6 – Zespół bólu fantomowego kończyny z bólem*
 - *I70.2 – Miażdżyca tętnic kończyn (ból niedokrwienny kończyn)*
 - *G59.8 – Inne określone mononeuropatie*
 - *G63.1 – Polineuropatia w przebiegu chorób nowotworowych*
 - *G63.2 – Polineuropatia cukrzycowa*
 - *G64 – Polineuropatia w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej*
 - *M96.1 – Zespół polaminektomijny, niesklasyfikowany gdzie indziej*
 - *I20.9 – Choroba niedokrwienna serca, nieokreślona (ból dławicowy)*
 - *R10 – Ból w okolicy brzucha i miednicy*
 - *N80 – Endometrioza (ból miednicy mniejszej)*
 - *K86.1 – Inne postacie przewlekłego zapalenia trzustki (ból trzewny).*

Na podstawie opinii właściwego konsultanta krajowego, potwierdzono zasadność rozszerzenia wskazań do grupy HK11 *Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego, stymulatora nerwu obwodowego** w odniesieniu do rozpoznań.:

- G13.0 *Paranowotworowa neuromiopia i neuropatia*
- G56.4 *Kauzalgia*
- G82.1 *Spastyczne porażenie kończyn dolnych.*

W części dotyczącej pozostałych rozpoznań, Agencja przekaże pozyskane rekomendacje do Ministerstwa Zdrowia w celu ich dalszej analizy oraz oceny zasadności ewentualnego ich włączenia do wskazań świadczenia gwarantowanego w grupie HK11 – *Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub stymulatora nerwu obwodowego**.

2.7.3. Ustalenia w zakresie uwag

Z uwagi na gruntowną przebudowę katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów w obszarze objętym niniejszym raportem, a także fakt, iż wycena świadczeń została oparta głównie na przebiegach referencyjnych, zarówno zespół ekspercki, Agencja, jak i Płatnik uznają za zasadne przeprowadzenie ponownej analizy kosztowej i rewizji taryf wskazanych w rozdziale 3.4 *Projekt taryfy* po upływie roku od ich wejścia w życie.

Takie podejście umożliwi uwzględnienie rzeczywistych danych sprawozdawczych z pierwszego okresu obowiązywania nowych taryf, ocenę trafności przyjętych założeń oraz, w razie potrzeby, korektę wycen w celu dalszej optymalizacji mechanizmu finansowania świadczeń i zapewnienia ich adekwatności do kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców.

W związku z powyższym proponuje się objęcie przedmiotowego obszaru chirurgii kręgosłupa szczególnym nadzorem analitycznym, ukierunkowanym na bieżące monitorowanie tendencji dotyczących wyboru techniki operacyjnej oraz ich wpływu na jakość leczenia i efektywność kosztową.

W konsekwencji, na potrzeby przyszłych analiz oraz potencjalnej aktualizacji wycen, zaleca się wprowadzenie obowiązku raportowania przez świadczeniodawców informacji o zastosowanej metodzie wykonania zabiegu – tj. rozróżnienia, czy procedura została przeprowadzona w sposób klasyczny (otwarty), czy z wykorzystaniem techniki endoskopowej.

Celem pozyskania możliwie najszerszej informacji dotyczącej elementów istotnie wpływających na koszt realizowanych świadczeń w nowym katalogu JGP, w uzgodnieniu z Płatnikiem oraz zespołem eksperckim, proponuje się wprowadzenie następujących rozwiązań:

- w grupach HK01A *Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach >65 r.ż. **, HK01B *Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach <66 r.ż. **, HK04A *Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. **, HK04B *Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. ** – **wprowadzenie obowiązku sprawozdawczości dotyczącej liczby operowanych poziomów kręgosłupa**. Dane te, w przypadku ponownej wyceny taryf, pozwolą na rozważenie zastosowania współczynników korygujących, różnicujących poziom finansowania w zależności od liczby operowanych poziomów.
- w grupach zabiegowych HK01A–HK06 rekomenduje się uzupełnienie danych sprawozdawczych o informację dotyczącą **techniki wykonania zabiegu**, poprzez przypisanie jednego z poniższych kodów procedur ICD-9:

- ✓ 00.94 Zabieg wykonany techniką endoskopową/laparoskopową,
- ✓ 00.99 Zabieg wykonany techniką klasyczną.

Takie oznaczenie umożliwi porównanie kosztów hospitalizacji w obrębie tych samych grup JGP oraz – w przypadku istotnych różnic kosztowych – wyodrębnienie świadczeń lub nałożenie współczynników korygujących.

Dodatkowo, w wyniku przeprowadzonych analiz oraz konsultacji eksperckich a także uzgodnień z Płatnikiem, proponuje się rozszerzenie katalogu procedur ICD-9 o następujące kody, zawarte w załączniku nr 7 do przedmiotowego raportu, stanowiącym finalny kształt nowej charakterystyki grup JGP:

- 84.591 Wprowadzenie innego urządzenia do kręgosłupa z wielostronnego dostępu,
- 84.592 Wprowadzenie: haczyków, taśm, drutów, płytek, łączników do implantów,
- 84.5121 Wprowadzenie koszyczków, rozpórek lub gwintowanych bolców kostnych z wielostronnego dostępu,
- 03.61 Uwolnienie pooperacyjnych zrostów rdzenia kręgowego i korzonków nerwowych,
- 03.991 Operacje struktur kanału kręgowego: korzeni nerwowych, struktur naczyniowych, tłuszczu,
- 03.931 Wprowadzenie/wymiana neurostymulatora rdzenia kręgowego - stymulacja czasowa,
- 04.921 Wszczepienie/wymiana stymulatora nerwu obwodowego - stymulacja czasowa,
- 78.5191 Profilaktyczna stabilizacja wewnętrzna kości - min. 4 kręgi/poziomy,
- 78.5291 Powtórne wprowadzenie wewnętrznego stabilizatora - min. 4 kręgi/poziomy,
- 78.5391 Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego - min. 4 kręgi/poziomy.

Należy podkreślić, że powyższa propozycja rozszerzenia katalogu, w tym wskazana powyżej procedura 00.99 Zabieg wykonany techniką klasyczną, ma charakter przykładowy. Decyzja o ostatecznym wdrożeniu nowych procedur powinna zostać podjęta przez Płatnika, z uwzględnieniem dotychczasowych praktyk i kompatybilności ze stosowanym systemem klasyfikacji.

Uwzględnienie rozszerzonych kodów ICD-9 w katalogu świadczeń przyczyni się do uporządkowania oraz doprecyzowania stosowanych procedur medycznych, co zwiększy przejrzystość procesu sprawozdawania świadczeń. Ponadto, rozszerzenie klasyfikacji umożliwi bardziej precyzyjne odwzorowanie rzeczywistego przebiegu leczenia i zakresu wykonanych interwencji, jednocześnie ograniczając ryzyko nadużyć w zakresie tzw. *upcodingu*, tj. przypisywania pacjentów do grupy oferującej wyższą refundację, niż właściwa dla faktycznie wykonanej procedury.

Kolejnych zmian dokonano w efekcie konsultacji z Płatnikiem, uwzględniając sugestie przedstawione przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie przeprowadzonych kontroli. Wprowadzone modyfikacje miały na celu zwiększenie precyzji rozliczeń, dopasowanie kodowania do rzeczywistego charakteru świadczeń a także ograniczenie wątpliwości interpretacyjnych po stronie świadczeniodawców i kontrolujących. W prowadzone modyfikacje obejmowały:

- przeniesienie procedury 03.99 Operacje struktur kanału kręgowego – inne z grupy HK10 Zabiegi na strukturach nerwowych kanału kręgowego bez zastosowania implantów* do grupy HK08 Zabiegi na kręgosłupie bez zastosowania implantów*. Zmiana ta wynikała z obserwacji, że w ramach wyżej wymienionej procedury rozliczane były zabiegi odpowiadające charakterystyce grupy HK08. Celem modyfikacji jest poprawa przejrzystości rozliczeń oraz dopasowanie kodowania procedur do rzeczywistego charakteru wykonywanych zabiegów.

- doprecyzowanie i rozszerzenie opisu procedury *03.6 Uwolnienie zrostów rdzenia kręgowego i korzonków nerwowych*. W wyniku tych działań wprowadzono nowy, bardziej precyzyjny kod, któremu przypisano rozszerzoną nazwę: *03.61 Uwolnienie pooperacyjnych zrostów rdzenia kręgowego i korzonków nerwowych*. Zmiana ta ma na celu jednoznaczne wskazanie, że procedura dotyczy przypadków leczenia powikłań pooperacyjnych, a nie szerokiej gamy zabiegów o różnym charakterze klinicznym. Działanie to umożliwia bardziej precyzyjne różnicowanie świadczeń pod względem kosztowym i klinicznym oraz ograniczenie ryzyka nadużyć w zakresie kodowania procedur medycznych. Zmiana ta została dodatkowo potwierdzona przez konsultanta krajowego w dziedzinie neurochirurgii.
- wprowadzenie rozwiązania tymczasowego dla procedur cementoplastyki. Aktualnie w koszyku świadczeń gwarantowanych brak jest procedur dedykowanych cementoplastyce (obejmujących zarówno kod główny procedury *84.55 Wprowadzenie wypełniacza przestrzeni kostnych* jak i kody doprecyzowujące np. *84.551 Wprowadzenie: cementu akrylowego (PMMA)*), co spowodowało, że w nowym katalogu JGP nie przewidziano odpowiednich mechanizmów rozliczeniowych dla tej grupy zabiegów. Mając powyższe na względzie proponuje się, aby do czasu formalnego wprowadzenia procedur cementoplastyki do rozporządzenia koszykowego:
 - zastosować czasowe odstępienie od wymogu wskazywania procedur z listy dodatkowej HK7 przy rozliczaniu świadczeń w ramach grupy HK07 – Augmentacja struktur kręgosłupa (procedury wewnątrztrzonowe i wewnątrzdyskowe) lub alternatywnie
 - wprowadzić tymczasową (pomostową) procedurę umożliwiającą rozliczenie podania cementu kostnego, przy jednoczesnym utrzymaniu obowiązku wskazania jednej z procedur z listy dodatkowej HK7.

Proponowane rozwiązania pozwolą na zachowanie ciągłości rozliczeń i realizacji świadczeń medycznych w zakresie augmentacji struktur kręgosłupa a także ryzyka tzw. *upcodingu*. Obecny stan prawny i katalogowy sprzyja bowiem nadużyciom – świadczeniodawcy, chcąc rozliczyć cementoplastykę, często posługują się procedurą *84.59 Wprowadzenie innego urządzenia do kręgosłupa*, co nie odpowiada faktycznemu przebiegowi zabiegu i kwalifikuje go do grupy *H52 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów** o znacznie zawyżonej refundacji ze względu na faktyczny brak wszczepionego implantu.

3. Projekt taryfy

3.1. Pozyskanie danych

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

- ✓ nr 59. Leczenie szpitalne – kontynuacja współpracy (za rok 2020)
- ✓ nr 68. Choroby układu nerwowego (za rok 2022),
- ✓ nr 69. Opieka paliatywna i hospicyjna (za rok 2022),
- ✓ nr 71. Choroby kręgosłupa (za rok 2022),
- ✓ nr 72. Leczenie szpitalne – kontynuacja współpracy (za rok 2022),

- ✓ nr 73. Dane finansowo-księgowe za 2022,
- ✓ nr 76. Rehabilitacja lecznicza (za rok 2023) – wyłącznie dla danych finansowo-księgowych,
- ✓ nr 77. Choroby naczyń (za rok 2023) – wyłącznie dla danych finansowo-księgowych
- ✓ nr 81. Leczenie szpitalne – kontynuacja współpracy (za rok 2023).

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

- ✓ nr 82. Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych (za luty 2025 r.)

W ww. postępowaniach zbierane były dane medyczno – kosztowe w formie formularza danych szczegółowych (DSz) i finansowo-księgowych (FK) oraz dane dotyczące wynagrodzeń w postaci Raportu Kadrowo Płacowego (RKP), tj. plików:

- ✓ OG – zawierający informacje ogólne pozwalające dokładnie scharakteryzować świadczenie opieki zdrowotnej;
- ✓ PL – dane dotyczące produktów leczniczych;
- ✓ WM – dane dotyczące wyrobów medycznych;
- ✓ SM – dane dotyczące świadczeń medycznych;
- ✓ PR – dane dotyczące procedury;
- ✓ PR_HR – dane dotyczące zaangażowanie personelu medycznego w realizację procedur;
- ✓ OM - dotyczących obrotu magazynowego z apteki szpitalnej;
- ✓ CP – obejmujących cennik procedur;
- ✓ FK – dane o poniesionych kosztach oraz informacji niefinansowych o zasobach ludzkich z medycznych ośrodków powstawania kosztów (OPK) realizujących przedmiotowe świadczenia z działalności podstawowej i pomocniczej w rodzaju leczenie szpitalne (raportowane koszty powinny zawierać koszty bezpośrednie oraz alokowane koszty pośrednie);
- ✓ RKP - dane dotyczące kosztów wynagrodzeń wszystkich pracowników zarówno medycznych jak i niemedycznych, zatrudnionych we wszystkich komórkach organizacyjnych podmiotów leczniczych we wszystkich formach zatrudnienia (umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło, umowa cywilno-prawna, podwykonawstwo medyczne i niemedyczne).

3.1.1. Dane finansowo–księgowe

Na podstawie danych NFZ zawierających informacje o realizacji świadczeń będących przedmiotem raportu wytypowano kody resortowe oddziałów, które były miejscem realizacji przedmiotowych świadczeń, z uwzględnieniem ruchu międzyoddziałowego. Zgodnie z uzyskanymi informacjami przygotowano zestawienie właściwych ośrodków powstawania kosztów (OPK).

Do wyliczenia kosztów osobodnia i kosztów infrastruktury bloku wykorzystano dane finansowo-księgowe będące w posiadaniu Agencji w łącznej liczbie 1 358 OPK. Wyliczenia zostały przeprowadzone w oparciu o dane za lata 2022-2023. Najwięcej przedmiotowych świadczeń (łącznie 97%) zrealizowano na oddziałach neurochirurgii, chirurgii urazowo ortopedycznej oraz chirurgii ogólnej.

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

Tabela 19 Liczność próby danych finansowo-księgowych

Kod resortowy OPK	Nazwa OPK	Kategoria szpitala					Razem
		Powiatowy, gminny, miejski	Niepubliczny	Kliniczny	Wojewódzki	Inny (MSWiA, wojskowy)	
4500	Oddział chirurgiczny ogólny	82	14	28	45	11	180
4501	Oddział chirurgiczny ogólny dla dzieci	7	-	9	25	-	41
4570	Oddział neurochirurgiczny	9	-	17	28	-	54
4571	Oddział neurochirurgiczny dla dzieci	-	-	4	2	-	6
4580	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	53	11	34	48	11	157
4581	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci	-	3	7	5	-	15
4910	Blok operacyjny	50	11	28	51	7	147
4950	Oddział anestezjologii	45	8	22	43	7	125
	Pozostałe OPK	187	25	140	255	26	633
Razem		433	72	289	502	62	1 358

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT.

3.1.2. Dane o wynagrodzeniach

Do oszacowania kosztu wynagrodzeń personelu zabiegowego wykorzystano dane zebrane w ramach postępowania 82 *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 luty 2025 r.

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

3.1.3. Dane medyczno-kosztowe

Podstawowym źródłem danych medyczno-kosztowych były hospitalizacje zrealizowane w roku 2022, przekazane przez świadczeniodawców wytypowanych przez Polskie Towarzystwo Chirurgii Kręgosłupa jako wiodących w tym zakresie leczenia schorzeń kręgosłupa. Dane te zostały następnie uzupełnione o informacje za rok 2020 i 2022 pochodzące z postępowań taryfikacyjnych WB20, POST68 i POST71 – zgodnie z opisem zawartym w rozdziale 3.1 *Pozyskanie danych*.

Jednocześnie podkreślić należy, że ceny leków oraz wyrobów medycznych wykorzystanych w analizie zostały zweryfikowane i zaktualizowane do poziomów aktualnie obowiązujących.

Podmioty wytypowane przez ekspertów do współpracy zamieszczono w poniższej tabeli. W procesie taryfikacji wykorzystano łącznie dane o 2 509 świadczeniach. Za minimalną próbę w grupie JGP eksperci kliniczni PTCHK wskazali 50 świadczeń a w przypadku grup, dla których próba będzie mniejsza – pozyskanie przebiegów referencyjnych.

Tabela 20 Podmioty wytypowane do współpracy przez ekspertów PTCHK

Podmioty wytypowane do współpracy przez ekspertów
Uniwersytecki Szpital Kliniczny Im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu
Szpital Uniwersytecki imienia Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

Podmioty wytypowane do współpracy przez ekspertów
SPZOZ Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu
Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem
Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Otwocku
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Jadwigi w Opolu
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu
Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela poniżej przedstawia wielkość wykorzystanej do analiz próby danych JGP z obszaru chirurgii kręgosłupa w ramach wszystkich zakresów, w których możliwe jest ich rozliczenie. Liczbę świadczeń i świadczeniodawców włączonych do wyliczeń zestawiono z ogólnymi danymi NFZ za rok 2023. Należy mieć na uwadze, że próba zawiera dane z okresu dwóch lat, natomiast dane NFZ są z roku 2023, stąd też w jednym przypadku procentowy udział świadczeniodawców i świadczeń włączonych do wyliczeń przekracza 100%.

Należy mieć na uwadze, że nowa charakterystyka grup JGP, opracowana przez ekspertów klinicznych, znacząco odbiega od obecnie obowiązującego katalogu. W związku z tym, w przypadku analizy danych pochodzących z dostępnej próby, zasadnym było wykorzystanie jedynie wybranych elementów kosztowych – przede wszystkim wartości leków oraz częściowo kosztów wyrobów medycznych i procedur.

Pozostałe dane, nieodzwierciedlone bezpośrednio w obecnym systemie raportowania lub trudne do jednoznacznego przyporządkowania w nowej strukturze JGP, zostały oszacowane na podstawie korekty eksperckiej. Podejście to było konieczne ze względu na brak pełnej spójności pomiędzy dotychczasowym systemem grupowania świadczeń a projektowanym katalogiem, co uniemożliwiało bezpośrednie przeniesienie wszystkich danych historycznych.

Tabela 21 Wielkość próby danych włączonych do wyliczeń – dane medyczno-kosztowe

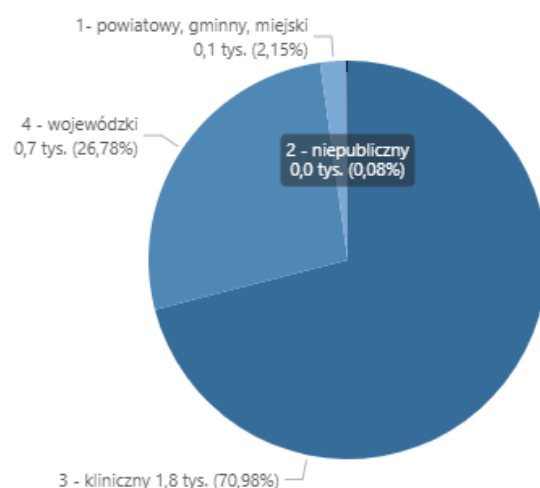
JGP	Liczba świadczeniodawców realizujących taryfikowane świadczenia*	Liczba świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wyliczeń	[%] świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wyliczeń	Liczba zrealizowanych świadczeń NFZ*	Liczba świadczeń, które zostały włączone do wyliczeń	[%] świadczeń włączonych do wyliczeń
HK01A	157	6	4%	3 012	51	2%
HK01B	164	8	5%	4 880	97	2%
HK02A	90	10	11%	752	32	4%
HK02B	121	4	3%	1 806	63	3%
HK03	172	10	6%	15 274	201	1%
HK04A	50	11	22%	219	38	17%
HK04B	56	15	27%	207	33	16%
HK05A	2	3	150%	3	4	133%
HK05B	9	3	33%	11	3	27%
HK06	77	9	12%	680	44	6%
HK07	197	8	4%	8 827	243	3%
HK08	201	30	15%	23 890	633	3%
HK09	156	11	7%	2 614	49	2%
HK10	103	16	16%	3 548	51	1%

JGP	Liczba świadczeniodawców realizujących taryfikowane świadczenia*	Liczba świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wycień	[%] świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wycień	Liczba zrealizowanych świadczeń NFZ*	Liczba świadczeń, które zostały włączone do wycień	[%] świadczeń włączonych do wycień
HK11	48	7	15%	568	19	3%
HK11A	24	3	13%	174	6	3%
HK12	315	17	5%	7 039	179	3%
HK13	22	9	41%	53	13	25%
HK14	171	6	4%	26 581	521	2%
HK15	397	5	1%	4 233	62	1%
PZH08	20	3	15%	680	167	25%

*Dane NFZ za rok 2023

Źródło: Opracowanie własne.

Największa próba danych pochodziła ze szpitali klinicznych (71% wszystkich świadczeń), natomiast najmniejsza ze szpitali niepublicznych (<0,1%) oraz szpitali powiatowych (ok. 2,15%). Próba nie zawierała danych pochodzących ze szpitali kategorii 5 – Inne.



Wykres 54 Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według kategorii szpitala.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.1.4. Współpraca z ekspertami

Leczenie szpitalne

W ramach prac analitycznych pozyskano oraz wykorzystano dane w ramach współpracy eksperckiej z:

- Konsultantem Krajowym w dziedzinie neurochirurgii,
- Konsultantem Krajowym w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- Polskim Towarzystwem Chirurgii Kręgosłupa – autorzy nowego kształtu katalogu,
- Polskim Towarzystwem Neurochirurgów,
- Polskim Towarzystwem Ortopedycznym i Traumatologicznym,
- Polskim Towarzystwem Ortopedii Dziecięcej,
- Polskim Towarzystwem Neuromodulacji (na późniejszym etapie prac),
- Polskim Towarzystwem Badania Bólu (na późniejszym etapie prac),
- Sekcją Interwencyjną Polskiego Towarzystwa Badania Bólu (na późniejszym etapie prac),
- Sekcją Stereotaksji i Neurochirurgii Czynnościowej Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów (na późniejszym etapie prac).

W poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie korekt przekazanych przez poszczególne środowiska eksperckie.

Tabela 22 Grupy eksperckie i zakres przekazanych korekt

Środowisko eksperckie	Długość hospitalizacji	Czas zabiegu	Liczba lekarzy i instrumentariuszek	Wyroby medyczne	Udział procedur diagnostycznych
Polskie Towarzystwo Neurochirurgów i Konsultant Krajowy Neurochirurgii - Lublin	przekazane	przekazane	przekazane	przekazane	przekazane
Polskie Towarzystwo Neurochirurgii - Białystok	przekazane	przekazane	przekazane	-	-
Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne	przekazane	przekazane	przekazane	przekazane	przekazane
Polskie Towarzystwo Ortopedii Dziecięcej	przekazane	przekazane	-	przekazane	przekazane
Polskie Towarzystwo Chirurgii Kręgosłupa	przekazane	przekazane	-	przekazane	przekazane
Konsultant Krajowy Ortopedii i Traumatologii narządu ruchu	przekazane	przekazane	przekazane	-	przekazane

Źródło: Opracowanie własne.

Zakres korekt eksperckich obejmował długość pobytu, czas zabiegu, liczbę lekarzy i instrumentariuszek uczestniczących w zabiegu, wysokokosztowe wyroby medyczne, udział diagnostyki obrazowej oraz inne koszty.

W przypadku współpracy z Polskim Towarzystwem Neuromodulacji, Polskim Towarzystwem Badania Bólu, w tym Sekcją Interwencyjną oraz Sekcją Stereotaksji i Neurochirurgii Czynnościowej Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów wykorzystano głównie dane dotyczące aktualnych kosztów ponoszonych w realizacji procedury dedykowanej wszczępieniu/wymianie stymulatora rdzenia kręgowego.

W grupach JGP dedykowanych świadczeniom z zastosowaniem implantów, z danych przekazanych przez świadczeniodawców wyłączono wysokokosztowe wyroby medyczne wskazane w poniższej tabeli i skorygowano, zgodnie ze wskazaniem ekspertów, w części dotyczącej liczby sztuk zużywanej średnio na pacjenta w grupie, uwzględniając proponowaną charakterystykę.

Wyniki zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 23 Korekty eksperckie – średnie wartości

Kod JGP	Długość hospitalizacji	Czas zabiegu [h]	Liczba lekarzy	Liczba pielęgniarek	Wskazane wyroby medyczne - średnia liczba sztuk na pacjenta	Udział TK [%]	Udział MRI [%]
HK01A	8,49	3,89	2	2	Klatki – 2 Płytki – 1 Śruby – 10 Nakrętki – 8 Pręty – 2 Zestaw do cementowania-1	66%	44%
HK01B	8,11	4,31	2	2	Klatki – 2 Płytki – 1 Śruby – 10 Nakrętki – 8 Pręty – 2 Zestaw do cementowania-1	72%	46%
HK02A	6,34	3,27	2	2	Klatki – 2 Płytki – 1 Śruby – 6 Nakrętki – 5 Pręty – 2 Zestaw do cementowania-1	50%	57%
HK02B	6,32	3,28	2	2	Klatki – 2 Płytki – 1 Śruby – 5	50%	57%

Kod JGP	Długość hospitalizacji	Czas zabiegu [h]	Liczba lekarzy	Liczba pielęgniarek	Wskazane wyroby medyczne - średnia liczba sztuk na pacjenta	Udział TK [%]	Udział MRI [%]
					Nakrętki - 5 Pręty - 2		
HK03	5,76	2,38	2	2	Klatki - 1 Płytki - 1 Śruby - 4 Nakrętki - 3 Pręty - 2	30%	60%
HK04A	10,25	4,31	2	2	Klatki - 1 Płytki - 1 Śruby - 10 Nakrętki - 8 Pręty - 3 Zestaw do cementowania-1	100%	84%
HK04B	10,76	4,64	2	2	Klatki - 1 Płytki - 1 Śruby - 10 Nakrętki - 9 Pręty - 3 Zestaw do cementowania-1	100%	86%
HK05A	7,68	3,66	2	2	Klatki - 1 Płytki - 1 Śruby - 7 Nakrętki - 6 Pręty - 2 Zestaw do cementowania-1	100%	83%
HK05B	9,15	3,82	2	2	Klatki - 1 Płytki - 1 Śruby - 7 Nakrętki - 6 Pręty - 2 Zestaw do cementowania-1	100%	83%
HK06	8,25	3,79	2	2	Płytki - 1 Śruby - 8 Nakrętki - 5 Pręty - 2	30%	100%
HK07	2,15	1,12	2	2	Dane zgodne z przekazanymi w ramach ogłoszonego postępowania dedykowanego zbiorze danych medyczno – kosztowych, skorygowane na korzyść świadczeniodawców na podstawie przekazanych własnych kalkulacji kosztowych.	34%	33%
HK08	3,77	1,92	2	2		14%	38%
HK09	1,02	0,98	1	2		6%	5%
HK10	5,30	1,85	2	2		17%	20%
HK11	3,07	1,63	2	2		5%	6%
HK11A	2,00	0,88	2	2		5%	6%
HK12	2,55	1,27	2	2		2%	2%
HK13	2,66	0,97	2	2		3%	15%
HK14	1,37	0,67	1	2	Elektroda - 2 Kaniula/igła - 2	3%	3%
HK15	3,00	-	-	-	-	42%	73%
PZH08	9,56	4,30	2	2	Śruby - 14 Nakrętki - 14 Pręty - 2	68%	41%

Źródło: Opracowanie własne.

Pozostałe informacje pozyskane w ramach współpracy eksperckiej, dotyczące głównie wyrobów medycznych i produktów leczniczych, zostały opisane w rozdziale 3.2.4 Koszty zmienne.

Po publikacji w dniu 23 stycznia 2025 r. raportu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr WT.521.4.2022 dotyczącego *Świadczeń gwarantowanych obejmujących leczenie chorób układu nerwowego (JGP: A01-A87 i PZA01-PZA03)* środowisko eksperckie zgłosiło, między innymi do Prezesa AOTMiT, uwagi związane z wyceną procedur neuromodulacji. W szczególności wskazano na brak wyceny procedur dedykowanych stymulacji rdzenia kręgowego.

W odpowiedzi na te sygnały 23 kwietnia 2025 r. Agencja zorganizowała spotkanie z przedstawicielami środowiska eksperckiego, które zapoczątkowało dodatkowe konsultacje branżowe. W ich toku:

- Pozyskano dane kosztowe od dwóch podmiotów leczniczych realizujących procedury stymulacji rdzenia kręgowego. Przekazane kalkulacje obejmowały zarówno koszty wykonania zabiegu wszczepienia stymulatora, jak i szczegółowe informacje o kosztach wyrobów medycznych wykorzystanych w trakcie procedury.
- Przeprowadzono konsultacje eksperckie dotyczące wyrobów medycznych stosowanych w stymulacji czasowej rdzenia kręgowego, z uwzględnieniem ich rodzaju, dostępności rynkowej oraz znaczenia klinicznego.
- Uzyskano również informacje na temat czasu trwania poszczególnych etapów zabiegów oraz możliwości realizacji wybranych procedur neuromodulacyjnych w warunkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

Przeprowadzono wspólną analizę kosztową wszystkich procedur możliwych do rozliczenia zarówno w lecnictwie szpitalnym, jak i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w celu dokładnej oceny rzeczywistych nakładów finansowych ponoszonych przez świadczeniodawców. Analiza ta miała na celu identyfikację różnic w kosztach realizacji świadczeń w obu trybach, a także ocenę efektywności obecnych mechanizmów taryfikacyjnych oraz wskazanie potencjalnych obszarów wymagających korekty wycen tak, aby zapewnić adekwatne i sprawiedliwe finansowanie procedur medycznych niezależnie od miejsca ich realizacji. Poniżej wskazano procedury jednoimienne tj. możliwe do rozliczenia w szpitalu jak i w ambulatorium.

- *03.901 Wprowadzenie cewnika do przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia z przerywanym lub ciągłym wlewem leku*
- *03.921 Dokanałowe wstrzyknięcie sterydów*
- *04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego*
- *04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą*
- *04.80 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego - nie określone inaczej*
- *04.81 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego*
- *05.31 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu współczulnego*
- *05.39 Wstrzyknięcie do nerwu współczulnego lub zwoju – inne.*

W celu aktualizacji wycen, zwrócono się do ekspertów klinicznych z prośbą o udostępnienie przebiegów referencyjnych dotyczących realizowanych procedur. Przekazane dane miały na celu zapewnienie oparcia nowych wycen na rzeczywistych i aktualnych informacjach klinicznych oraz kosztowych, co pozwoli na bardziej precyzyjne odwzorowanie rzeczywistych nakładów ponoszonych przez świadczeniodawców. Taki proces jest kluczowy dla zapewnienia adekwatności taryf oraz optymalizacji finansowania świadczeń medycznych. Pozyskano informacje w zakresie:

- czasu trwania zabiegu,
- personelu uczestniczącego w zabiegu,
- rodzaju i czasu trwania znieczulenia oraz odsetka pacjentów, którego dotyczy znieczulenie,
- wyrobów medycznych, produktów leczniczych i ew. procedur diagnostycznych.

3.2. Analiza danych

Analiza danych przekazanych przez świadczeniodawców została przeprowadzona zgodnie z obowiązującą *Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej*⁵ opracowaną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Zgodnie z jej kluczowymi założeniami, w uzasadnionych przypadkach dopuszcza się odstępianie od szczegółowej analizy danych kosztowych, na rzecz wykorzystania informacji opisujących typowe zasoby wykorzystywane w procesie realizacji danego świadczenia, pozyskane w drodze przebiegów eksperckich/korekty eksperckiej.

Podejście to zakłada możliwość opierania się na danych szacunkowych dotyczących rodzaju i wielkości zaangażowanych zasobów – takich jak personel, czas pracy, sprzęt medyczny, leki czy wyroby medyczne – pochodzących zarówno od świadczeniodawców, jak i ekspertów klinicznych. Ma to szczególne zastosowanie w sytuacjach, gdy brak jest porównywalnych danych – takich jak gruntowna przebudowa katalogu JGP.

Uwzględniając powyższe, analizę przeprowadzono w oparciu o nową charakterystykę grup JGP na podstawie danych pozyskanych z przebiegów referencyjnych przekazanych przez wskazane wcześniej grupy ekspertów.

W kolejnych podrozdziałach przedstawiono informacje dotyczące sposobu obliczeń głównych składowych kosztu świadczenia tj.:

- czasu hospitalizacji,
- kosztu osobodnia,
- kosztu infrastruktury,
- personelu,
- produktów leczniczych,
- wyrobów medycznych,
- procedur diagnostycznych.

3.2.1. Mnożnik zmian wielkości kosztów

W związku z częściowym oparciem analiz o dane za lata wcześniejsze, zostały one, zgodnie z *Metodyką taryfikacji świadczeń w AOTMiT*, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2026 roku. Aktualizacji dokonano właściwymi wskaźnikami cząstkowymi wskazanymi w poniższej tabeli.

Tabela 24 Mnożnik zmian wielkości kosztów dla poszczególnych lat

Kategoria mnożnika	Wartość mnożnika dla poszczególnych lat, z których pochodzą dane*				
	2020	2021	2022	2023	2024
Dynamika przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto - opieka zdrowotna i pomoc społeczna	1,83	1,56	1,45	1,26	1,09
Dynamika wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych – zdrowie	1,29	1,25	1,16	1,07	1,03
Dynamika średnioważonego kosztu kapitału	1,48	1,42	1,30	1,19	1,09

*dane po aktualizacji do 30 czerwca 2026

Źródło: Opracowanie własne.

Mnożniki zastosowane w analizie zostały opracowane w oparciu o korelację prognoz makroekonomicznych zawartych w dokumencie pt. „Wytyczne dotyczące stosowania jednolitych

⁵ [Metodykataryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w AOTMiT](#)

wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw”, a także na podstawie danych odnoszących się bezpośrednio do sektora opieki zdrowotnej – w szczególności w zakresie wskaźników wzrostu wynagrodzeń oraz inflacji.

Odzwierciedlają one przewidywane zmiany kosztów w najbliższych okresach rozliczeniowych i zostały skorygowane m.in. o wpływ ustawowego wzrostu minimalnego wynagrodzenia oraz regulacji wynikających z ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników wykonujących zawody medyczne. Dzięki temu przyjęte założenia lepiej oddają spodziewane obciążenia kosztowe świadczeniodawców, co umożliwia bardziej realistyczną ocenę skutków finansowych wdrożenia projektowanych taryf.

3.2.2. Czas hospitalizacji

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

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

Propozycja limitów wyznaczonych na podstawie powyższego wzoru przedstawia poniższa tabela.

Tabela 25 Proponowane wartości limitów dni finansowania grupą

Świadczenie jednostkowe	Propozycja nowego limitu dni finansowania grupą
HK01A Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach >65 r.ż. *	16
HK01B Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach <66 r.ż. *	12
HK02A Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu >65 r.ż. *	13
HK02B Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu <66 r.ż. *	8
HK03 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 1 poziomie *	8
HK04A Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	24
HK04B Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	24
HK05A Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	13
HK05B Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	11
HK06 Leczenie nowotworów struktur kanału kręgowego (rdzenia, opon i korzeni nerwowych) *	18
HK07 Augmentacja struktur kręgosłupa (procedury wewnątrztrzonowe i wewnątrzdyskowe) *	6
HK08 Zabiegi na kręgosłupie bez zastosowania implantów *	7
HK10 Zabiegi na strukturach nerwowych kanału kręgowego bez zastosowania implantów *	8
HK15 Zespoły bólowe kręgosłupa	11
PZH08 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa < 18 r.ż. *	19

Źródło: Opracowanie własne.

Ze względu na przebudowę grup JGP oraz utworzenie nowej charakterystyki, do dalszych analiz przyjęto:

- w grupach kompleksowych i dużych, które w całości wyodrębniono z jednej, obecnie funkcjonującej grupy JGP (HK01A, HK01B, HK02A, HK02B, HK03, HK04A, HK04B, HK05A, HK05B i PZH08) – średnią długość pobytu wyznaczono na podstawie danych z NFZ za rok 2023 – przyjęcie takiego rozwiązania uwypukliło różnice pomiędzy grupami podzielonymi ze względu na wiek pacjenta;
- w pozostałych JGP, które są połączeniem kilku poprzednich grup - średni czas hospitalizacji wyznaczony został na podstawie przebiegów referencyjnych przekazanych przez ekspertów wymienionych w podrozdziale 3.1 *Pozyskanie danych*.

Przyjęty do analizy czas hospitalizacji zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 26 Średnia długość pobytu przyjęta do analiz

Kod i nazwa JGP	Średnia długość pobytu
HK01A Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach >65 r.ż. *	7,2
HK01B Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach <66 r.ż. *	5,8
HK02A Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu >65 r.ż. *	5,7
HK02B Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu <66 r.ż. *	4,7
HK03 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 1 poziomie *	4,0
HK04A Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	9,5
HK04B Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	9,4
HK05A Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	10,3
HK05B Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	9,5
HK06 Leczenie nowotworów struktur kanału kręgowego (rdzenia, opon i korzeni nerwowych) *	8,3
HK07 Augmentacja struktur kręgosłupa (procedury wewnątrztrzonowe i wewnątrzdysskowe) *	2,2
HK08 Zabiegi na kręgosłupie bez zastosowania implantów *	3,8
HK09 Inne małe zabiegi *	1,0
HK10 Zabiegi na strukturach nerwowych kanału kręgowego bez zastosowania implantów *	5,3
HK11 Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego, stymulatora nerwu obwodowego*	3,1
HK11A Stymulacja czasowa rdzenia kręgowego/nerwu obwodowego*	2,0
HK12 Zabiegi na nerwach obwodowych i korzeniach nerwowych *	3,0
HK13 Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym *	3,0
HK14 Ablacyjne zabiegi przeciwbólowe na strukturach nerwów obwodowych *	1,4
HK15 Zespoły bólowe kręgosłupa	3,0
PZH08 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa < 18 r.ż. *	7,5

Źródło: Opracowanie własne.

3.2.3. Koszt osobodnia, infrastruktury i koszty wynagrodzeń

Koszty osobodnia

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

Koszt osobodnia dla każdego z produktów rozliczeniowych został wyznaczony jako średnia odcięta z uwzględnieniem kategorii szpitali oraz poszczególnych komórek organizacyjnych identyfikowanych właściwym kodem resortowym. Wartość ta została dodatkowo zważona poziomem realizacji poszczególnych JGP w komórkach organizacyjnych oraz w odniesieniu do kategorii szpitali. Zestawienie średnich kosztów osobodnia dla wybranych kodów resortowych, w podziale na kategorię szpitala przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 27 Zestawienie średnich kosztów osobodnia dla wybranych kodów resortowych

Kod resortowy OPK	Nazwa OPK	Kategoria szpitala				
		Powiatowy, gminny, miejski	Niepubliczny	Kliniczny	Wojewódzki	Inny (MSWiA, wojskowy)
4500	Oddział chirurgiczny ogólny	1 251,54	1 228,04	1 657,33	1 324,98	1 341,71
4570	Oddział neurochirurgiczny	1 661,06	-	1 705,94	1 569,49	-
4580	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	1 472,79	1 603,44	1 535,89	1 453,55	1812,87

Źródło: Opracowanie własne.

W poniższej tabeli zamieszczono koszty osobodnia przyjęte do wyliczenia kosztów pobytu w poszczególnych JGP. Średni koszt osobodnia waha się od 1 313,50 zł w grupie HK15 Zespoły bólowe

kręgosłupa do 1 722,41 zł w grupie PZH08 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa < 18 r.ż. *. Różnica pomiędzy najniższym, a najwyższym kosztem osobodnia w wycenianych JGP wynosi 408,91 zł. Średni koszt osobodnia po aktualizacji do poziomu 30.06.2026 r. przedstawiono poniżej.

Tabela 28 Zestawienie kosztów osobodnia dla poszczególnych grup JGP

Kod i nazwa grupy	Średni koszt osobodnia po aktualizacji do poziomu 30 czerwca 2026 r.[zł]
HK01A Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach >65 r.ż. *	1 574,32
HK01B Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach <66 r.ż. *	1 569,42
HK02A Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu >65 r.ż. *	1 579,76
HK02B Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu <66 r.ż. *	1 573,26
HK03 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 1 poziomie *	1 621,88
HK04A Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	1 531,02
HK04B Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	1 524,50
HK05A Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	1 624,99
HK05B Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	1 661,18
HK06 Leczenie nowotworów struktur kanału kręgowego (rdzenia, opon i korzeni nerwowych) *	1 635,85
HK07 Augmentacja struktur kręgosłupa (procedury wewnątrztrzonowe i wewnątrzdysskowe) *	1 611,90
HK08 Zabiegi na kręgosłupie bez zastosowania implantów *	1 593,61
HK09 Inne małe zabiegi *	1 501,51
HK10 Zabiegi na strukturach nerwowych kanału kręgowego bez zastosowania implantów *	1 642,72
HK11 Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego, stymulatora nerwu obwodowego *	1 666,28
HK11A Stymulacja czasowa rdzenia kręgowego/nerwu obwodowego*	1 666,28
HK12 Zabiegi na nerwach obwodowych i korzeniach nerwowych *	1 450,96
HK13 Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym *	1 651,98
HK14 Ablacyjne zabiegi przeciwbólowe na strukturach nerwów obwodowych *	1 501,51
HK15 Zespoły bólowe kręgosłupa	1 262,52
PZH08 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa < 18 r.ż. *	1 722,41

Źródło: Opracowanie własne.

Równoległe do propozycji zmian liczby dni finansowanych grupą, skorygować należy również wartość osobodnia pobytu pacjenta ponad ustalony limit finansowany grupą. Nowe wartości oszacowano metodą degresywną, tj. jako 80% średniego kosztu osobodnia, uaktualnionego do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30 czerwca 2026r., przeliczonego na wartość punktową (przy założeniu średniej ceny punktu od lipca 2025 roku, tj. 1,96 zł).

Tabela 29 Propozycja zmian wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą

Kategoria osobodnia	Wartość osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą – projekt [zł]	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą – projekt [pkt]
Zabiegowy	1 276,58	651
Zabiegowy dziecięcy (PZH08)	1 377,93	703
Zachowawczy	1 010,02	515

po aktualizacji do 30.06.2026 roku

Źródło: Opracowanie własne.

Koszt infrastruktury sal operacyjnych

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

Do obliczenia kosztu infrastruktury bloku operacyjnego posłużyła opisana wcześniej baza danych finansowo-księgowych, uaktualniona do poziomu 30 czerwca 2026 roku, przy pomocy odpowiednich wskaźników zmian wielkości kosztów.

Tabela 30 Średni koszt infrastruktury na godzinę przyjęty do wyliczeń

Grupy JGP	Średni koszt infrastruktury [zł]
HK01A Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach >65 r.ż. *	1 139,41
HK01B Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach <66 r.ż. *	1 136,74
HK02A Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu >65 r.ż. *	1 146,79
HK02B Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu <66 r.ż. *	1 142,20
HK03 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 1 poziomie *	1 144,52
HK04A Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	1 136,94
HK04B Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	1 137,03
HK05A Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	1 108,51
HK05B Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	1 148,40
HK06 Leczenie nowotworów struktur kanału kręgowego (rdzenia, opon i korzeni nerwowych) *	1 158,08
HK07 Augmentacja struktur kręgosłupa (procedury wewnątrztrzonowe i wewnątrzdykowe) *	1 145,61
HK08 Zabiegi na kręgosłupie bez zastosowania implantów *	1 145,38
HK09 Inne zabiegi zabiegów*	1 135,41
HK10 Zabiegi na strukturach nerwowych kanału kręgowego bez zastosowania implantów *	1 148,59
HK11 Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego, stymulatora nerwu obwodowego *	1 160,27
HK11A Stymulacja czasowa rdzenia kręgowego/nerwu obwodowego*	1 160,27
HK12 Zabiegi na nerwach obwodowych i korzeniach nerwowych *	1 128,60
HK13 Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym *	1 157,94
HK14 Ablacyjne zabiegi przeciwbólowe na strukturach nerwów obwodowych *	1 135,41
PZH08 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa < 18 r.ż. *	1 288,23

Źródło: Opracowanie własne.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

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

Ma to szczególne znaczenie w kontekście podejmowanych działań zmierzających do przesuwania ciężaru realizacji wybranych świadczeń z poziomu leczenia szpitalnego do ambulatoryjnej opieki

specjalistycznej – odwracania piramidy świadczeń. Tylko zapewnienie adekwatnego poziomu finansowania w AOS umożliwi bezpieczne i efektywne przenoszenie świadczeń do trybu ambulatoryjnego bez ryzyka obniżenia jakości leczenia.

Mając powyższe na względzie, na potrzeby oszacowania kosztów infrastrukturalnych przyjęto wartości odpowiadające kosztom infrastruktury wykorzystywanej w szpitalnych gabinetach zabiegowych neurochirurgicznych oraz gabinetach zabiegowych chirurgii urazowo-ortopedycznej, uznając je za adekwatne do wymagań technicznych i organizacyjnych świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Do kalkulacji wykorzystano dane finansowo-księgowe za 2023 rok, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do dnia 30 czerwca 2026 r., przy zastosowaniu odpowiednich wskaźników zmian wielkości kosztów.

Tabela 31 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury gabinetu zabiegowego

Składowa kosztowa	Średnia stawka godzinowa [zł]*
Infrastruktura	428,71

*dane po aktualizacji do poziomu 30 czerwca 2026 r.

Źródło: Opracowanie własne.

Stawki godzinowe wynagrodzeń

Do obliczenia stawek godzinowych personelu uczestniczącego w realizacji procedur zabiegowych wykorzystano bazę ze stawkami wynagrodzeń personelu pozyskanymi w ramach postępowania nr 82 *Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych*, obejmujących dane za luty 2025 roku.

W poniższej tabeli zestawiono uśrednione stawki godzinowe wynagrodzeń w ujęciu na kategorie personelu. Kategoria I dotyczy lekarzy o wysokim stopniu specjalizacji, wymagających zaawansowanej wiedzy medycznej, dużego doświadczenia klinicznego oraz szczególnych umiejętności technicznych. Do tej kategorii kwalifikowane są procedury o podwyższonym stopniu trudności oraz potencjalnym ryzyku dla pacjenta. Natomiast kategoria II lekarza obejmuje pozostałe zabiegi, które nie wymagają tak wysokiego poziomu specjalizacji i mogą być realizowane w ramach standardowych kompetencji lekarskich.

Tabela 32 Średnie stawki godzinowe brutto-brutto personelu realizującego procedurę zabiegową

Kategoria kosztu	Średnia stawka godzinowa [zł]*
Lekarz anestezjolog	254,79
Pielęgniarka anestezjologiczna	116,87
Lekarz operator kategoria I	373,38
Lekarz operator kategoria II	238,54
Elektrofizjolog	244,93
Pielęgniarka	116,15
Technik	79,36

*dane po aktualizacji do poziomu 30 czerwca 2026 r.

Źródło: Opracowanie własne.

3.2.4. Koszty zmienne

Koszty zmienne, w skład których wchodzi koszty zużytych produktów leczniczych, wyrobów medycznych, procedur diagnostycznych i zabiegowych, oszacowano na podstawie danych medyczno-kosztowych przekazanych przez świadczeniodawców, a w przypadku zestawu implantowego i udziału

procedur diagnostycznych – korekt przekazanych przez grono eksperckie. Ponadto inną metodykę przyjęto do wyliczenia kosztów zmiennych w grupach zabiegowych i zachowawczych.

Grupa zachowawcza

Koszty wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych w przypadku grupy zachowawczej HK15 Zespoły bólowe kręgosłupa przeliczone zostały na jeden dzień hospitalizacji na poszczególnych pacjentów, korzystając ze wzorów:

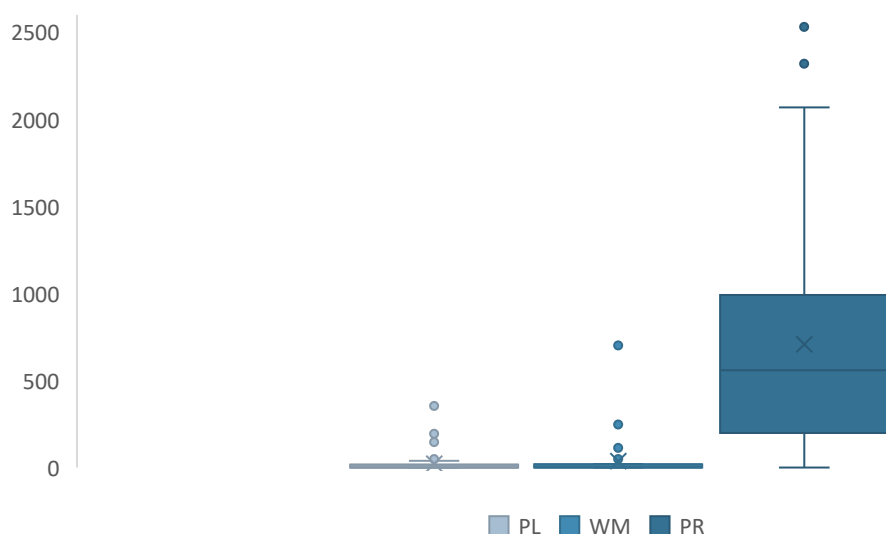
$$PL = \frac{\text{Sumaryczny koszt leków na pobyt}}{\text{Długość hospitalizacji pacjenta}} * \text{Mnożnik}$$

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

Następnie wyznaczono średnią po odcięciu wartości skrajnych, którą przemnożono przez średnią długość hospitalizacji odpowiednią dla danej grupy z Tabeli 26.

Z kolei koszty procedur medycznych analizowano w przeliczeniu na cały pobyt pacjenta, stosując odpowiedni mnożnik cen usług, aktualizujący dane do poziomu 30 czerwca 2026 roku.

Rozrzut kosztów procedur diagnostycznych, produktów leczniczych i wyrobów medycznych przedstawiono na poniższym wykresie.



Wykres 55 Rozrzut kosztów produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych (na pobyt) dla grupy zachowawczej HK15.

Grupy zabiegowe

Koszt wyrobów medycznych i produktów leczniczych

W grupach JGP obejmujących świadczenia z zastosowaniem implantów, z danych przekazanych przez świadczeniodawców wyłączono wysokokosztowe wyroby medyczne wskazane w tabeli w podrozdziale 3.1.4 Współpraca z ekspertami, a następnie doliczono wartość zestawu implantowego, oszacowaną na podstawie średniej liczby wyrobów medycznych z danych eksperckich oraz średnich cen jednostkowych pozyskanych od świadczeniodawców, ekspertów oraz z cenników komercyjnych,

zaktualizowanych do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2026 roku.

W celu przyjęcia do analizy aktualnych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców, przekazane przez nich średnie ceny wyrobów porównano z kosztami przekazanymi przez ekspertów oraz cenami katalogowymi pozyskanymi od producentów wyrobów wykorzystywanych w chirurgii kręgosłupa. W przypadku, gdy ceny wyznaczone z danych posiadanych przez AOTMiT były znacząco niższe, przyjęto średnią wartość z danych eksperckich.

Dodatkowo, w wyniku konsultacji eksperckich uwzględniono:

- w grupach *HK04A-HK06* (pacjenci z nowotworami kręgosłupa) wyroby karbonowe, których zastosowanie wiąże się z redukcją artefaktów obrazowych w badaniach rezonansu magnetycznego oraz tomografii komputerowej, co przekłada się na zwiększenie precyzji obrazowania i umożliwia bardziej dokładne planowanie leczenia w radioterapii. Koszty wyrobów karbonowych pozyskano w ramach współpracy eksperckiej oraz z cennika katalogowego producenta;
- w grupie *HK06* zabiegi z implantami, które stanowią 20% wszystkich zabiegów i taki udział kosztu wyznaczonego zestawu implantów przyjęto do taryfy;
- w grupie *HK07* koszt jednego zestawu do cementowania oraz protezy jądra miazdżystego / krążka międzykręgowego (w % odpowiadającym realizacji procedur z wykorzystaniem tych wyrobów w NFZ);
- w grupie *HK11* i *HK11A* średni koszt stymulatora/stymulatora wraz z osprzętem wyznaczony na podstawie: danych będących w posiadaniu Agencji, pozyskanych w ramach współpracy eksperckiej, przekazanych przez świadczeniodawców w uwagach do Raportu nr WT.521.4.2022 w sprawie ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych obejmujących leczenie chorób układu nerwowego oraz z cenników katalogowych;
- w grupie *PZH08* w zestawie implantowym 75% wartości implantów klasycznych oraz 25% wartości implantów wykorzystywanych w metodzie VBT (Vertebral Body Tethering);
- korektę produktów leczniczych w grupie *HK05B Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż.**, przyjmując do taryfy zestaw zaproponowany przez eksperta, którego koszt wyniósł 517,26 zł.

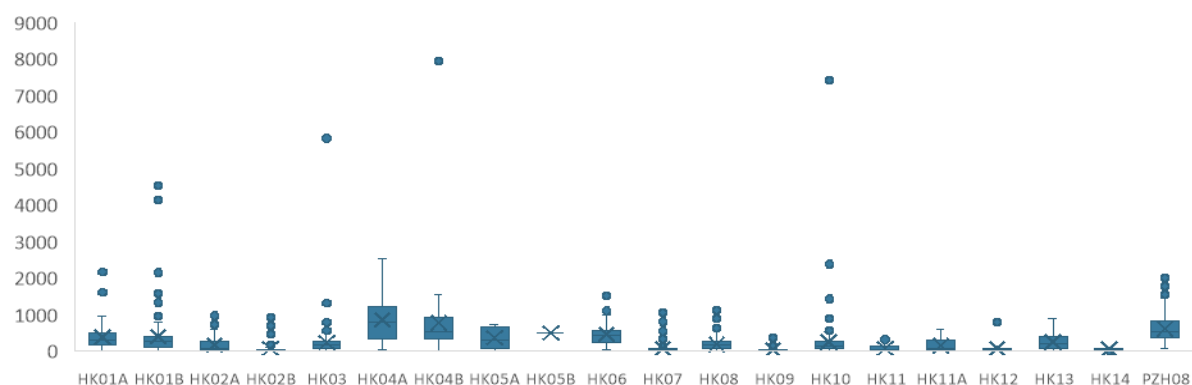
Pozostałe wyroby medyczne oraz produkty lecznicze analizowano w przeliczeniu na hospitalizację. W obu przypadkach posłużono się uśrednionym, sumarycznym kosztem w przeliczeniu na pobyt pacjenta, po odcięciu obserwacji skrajnych, zaktualizowanym do poziomu 30 czerwca 2026 roku.

Koszt procedur diagnostycznych

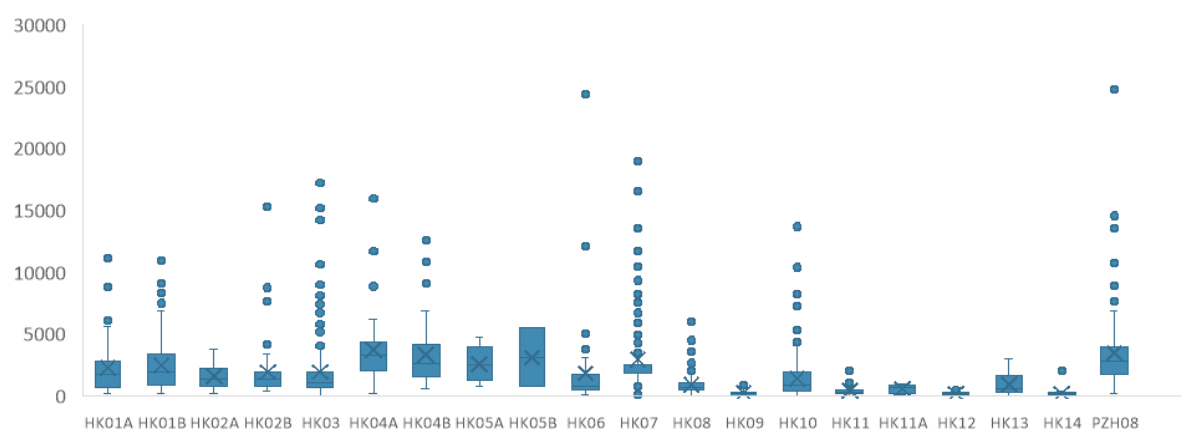
Analogicznie wyznaczono koszt procedur diagnostycznych obejmujących tomografię komputerową oraz rezonans magnetyczny. Zestaw wyznaczono na podstawie średniej z procentowego udziału pacjentów, u których wykonywane są wskazane procedury, przekazanego przez ekspertów oraz średniej ceny z produktów rozliczeniowych realizowanych w ramach *Ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztotłonnych (ASDK)*.

Pozostałe procedury diagnostyczne analizowano zgodnie z taką samą metodyką, jak produkty lecznicze i wyroby medyczne inne niż zawarte w zestawie eksperckim.

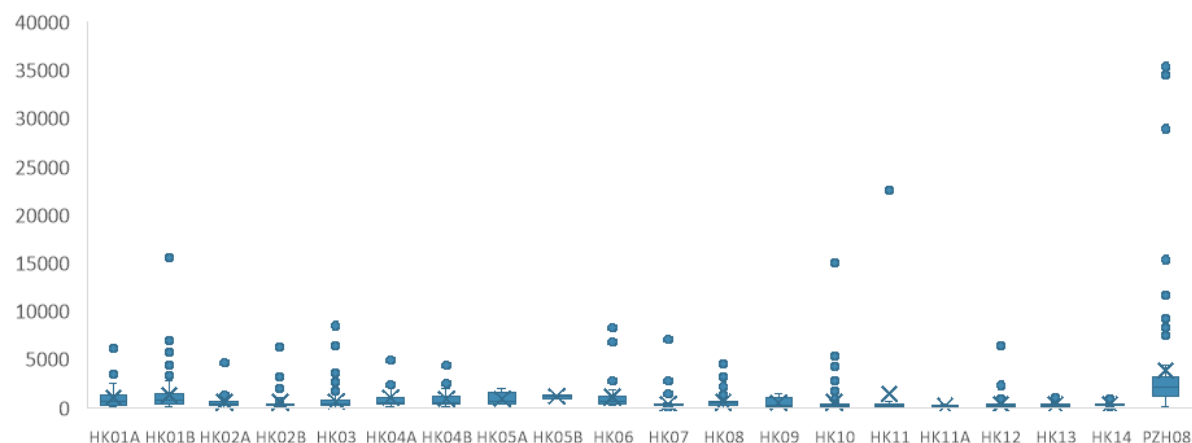
Na poniższych wykresach przedstawiono rozrzut poszczególnych kosztów zmiennych dla grup zabiegowych.



Wykres 56 Rozrzut kosztów produktów leczniczych.



Wykres 57 Rozrzut kosztów wyrobów medycznych (innych niż przyjęte w zestawie eksperckim).



Wykres 58 Rozrzut kosztów procedur diagnostycznych (innych niż przyjęte w zestawie eksperckim).

Koszty produktów leczniczych, wyrobów medycznych i procedur diagnostycznych przyjętych do taryfy, zarówno dla grupy zachowawczej, jak i grup zabiegowych, przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 33 Koszty zmienne przyjęte do taryfy

Nazwa JGP	Produkty lecznicze [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]
HK01A Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach >65 r.ż. *	345,9	26 106,2	1 569,2
HK01B Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach <66 r.ż. *	265,0	25 582,5	1 620,6

Nazwa JGP	Produkty lecznicze [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury diagnostyczne [zł]
HK02A Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu >65 r.ż. *	99,7	19 204,6	1 275,7
HK02B Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu <66 r.ż. *	20,7	15 358,2	1 061,5
HK03 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 1 poziomie *	174,5	11 886,6	1 231,7
HK04A Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	882,6	46 250,0	1 878,5
HK04B Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	649,3	46 157,2	2 125,8
HK05A Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	391,0	39 976,1	2 237,3
HK05B Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	517,3	39 358,0	2 457,6
HK06 Leczenie nowotworów struktur kanału kręgowego (rdzenia, opon i korzeni nerwowych) *	476,0	4 974,2	1 890,9
HK07 Augmentacja struktur kręgosłupa (procedury wewnątrztrzonowe i wewnątrzdyfuzyjne) *	32,9	3 087,6	803,5
HK08 Zabiegi na kręgosłupie bez zastosowania implantów *	170,3	862,0	819,1
HK09 Inne małe zabiegi *	23,9	179,6	159,3
HK10 Zabiegi na strukturach nerwowych kanału kręgowego bez zastosowania implantów *	236,1	1 273,7	613,2
HK11 Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego, stymulatora nerwu obwodowego *	65,0	45 993,5	270,0
HK11A Stymulacja czasowa rdzenia kręgowego/nerwu obwodowego *	188,9	12 742,8	222,4
HK12 Zabiegi na nerwach obwodowych i korzeniach nerwowych *	55,2	209,9	329,1
HK13 Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym *	220,3	1 017,0	349,4
HK14 Ablacyjne zabiegi przeciwbólowe na strukturach nerwów obwodowych *	54,0	925,2	334,6
HK15 Zespoły bólowe kręgosłupa	8,9	11,3	665,0
PZH08 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa < 18 r.ż. *	600,4	33 275,5	2 471,8

Źródło: Opracowanie własne.

Koszty procedur zabiegowych (operacji)

W poniższej tabeli przedstawiono średni czas trwania zabiegu przyjęty do dalszych analiz, określony na podstawie przekazanych korekt eksperckich.

Tabela 34 Średni czas procedur zabiegowych w analizowanych grupach JGP – średnia z korekt eksperckich

Kod i nazwa JGP	Średni czas zabiegu [h]
HK01A Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach >65 r.ż. *	3,89
HK01B Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach <66 r.ż. *	4,31
HK02A Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu >65 r.ż. *	3,27
HK02B Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu <66 r.ż. *	3,28
HK03 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 1 poziomie *	2,38
HK04A Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	4,31
HK04B Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	4,64
HK05A Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	3,66
HK05B Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	3,82
HK06 Leczenie nowotworów struktur kanału kręgowego (rdzenia, opon i korzeni nerwowych) *	3,79
HK07 Augmentacja struktur kręgosłupa (procedury wewnątrztrzonowe i wewnątrzdyfuzyjne) *	1,12
HK08 Zabiegi na kręgosłupie bez zastosowania implantów *	1,92
HK09 Inne małe zabiegi *	0,98
HK10 Zabiegi na strukturach nerwowych kanału kręgowego bez zastosowania implantów *	1,85
HK11 Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego, stymulatora nerwu obwodowego *	1,63
HK11A Stymulacja czasowa rdzenia kręgowego/nerwu obwodowego *	0,88
HK12 Zabiegi na nerwach obwodowych i korzeniach nerwowych *	1,27
HK13 Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym *	0,97
HK14 Ablacyjne zabiegi przeciwbólowe na strukturach nerwów obwodowych *	0,67
PZH08 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa < 18 r.ż. *	4,30

Źródło: Opracowanie własne.

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.

3.2.5. Wynik analizy kosztów

W poniższej tabeli przedstawiono wyniki analizy kosztów dla grup zabiegowych oraz grupy zachowawczej HK15 Zespoły bólowe kręgosłupa.

Tabela 35 Wynik analiz kosztów

Kod i nazwa JGP	Czas hospitalizacji [dni]	Koszty pobytu [zł]	Średnie koszty zmienne [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
HK01A Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach >65 r.ż. *	7	11 335,1	41 725,3	53 060,4
HK01B Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach <66 r.ż. *	6	9 102,6	42 537,2	51 639,8
HK02A Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu >65 r.ż. *	6	9 004,6	32 413,5	41 418,1
HK02B Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu <66 r.ż.*	5	7 394,3	28 310,3	35 704,6
HK03 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 1 poziomie *	4	6 487,5	22 679,7	29 167,2
HK04A Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	10	14 544,7	64 033,9	78 578,6
HK04B Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	9	14 330,3	65 067,0	79 397,3
HK05A Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	10	16 737,4	55 513,0	72 250,4
HK05B Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż.*	10	15 781,2	55 865,0	71 646,2
HK06 Leczenie nowotworów struktur kanału kręgowego (rdzenia, opon i korzeni nerwowych) *	8	13 495,8	19 452,8	32 948,6
HK07 Augmentacja struktur kręgosłupa (procedury wewnątrztrzonowe i wewnątrzdysskowe) *	2	3 465,6	8 299,8	11 765,4
HK08 Zabiegi na kręgosłupie bez zastosowania implantów *	4	6 007,9	8 311,3	14 319,2
HK09 Inne małe zabiegi *	1	1 201,2	2 212,8	3 414,0
HK10 Zabiegi na strukturach nerwowych kanału kręgowego bez zastosowania implantów *	5	8 706,4	8 335,2	17 041,6
HK11 Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego, stymulatora nerwu obwodowego *	3	5 115,5	51 908,7	57 024,2
HK11A Stymulacja czasowa rdzenia kręgowego/nerwu obwodowego*	2	3 332,6	16 431,4	19 764,0
HK12 Zabiegi na nerwach obwodowych i korzeniach nerwowych *	3	4 352,9	5 619,7	9 972,6
HK13 Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym *	3	4 955,9	5 676,6	10 632,5
HK14 Ablacyjne zabiegi przeciwbólowe na strukturach nerwów obwodowych *	1	2 057,1	2 853,4	4 910,5
HK15 Zespoły bólowe kręgosłupa	3	3 787,6	685,1	4 472,7
PZH08 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa < 18 r.ż. *	8	12 918,1	52 186,5	65 104,6

Źródło: Opracowanie własne.

Dodatkowo uaktualniono wycenę produktu:

- do sumowania (1c) 5.53.01.0001319 *Przeszczepy kostne allogeniczne sterylizowane radiacyjnie*
- z katalogu produktów odrębnych (1b) 5.52.01.0001532 *Neuromodulacja krzyżowa – I etap-wszczepienie elektrody testowej.*

Oszacowania kosztów produktu 5.53.01.0001319 dokonano w oparciu o dane przekazane przez świadczeniodawców, na podstawie średniego kosztu na 1cm³ po odcięciu wartości skrajnych, zaktualizowanego do 30.06.2026 r.

Analiza kosztowa dla produktu 5.52.01.0001532 została przeprowadzona na podstawie grupy HK11A, jednak z różnym kosztem osobodnia, przyjętego dla oddziału urologicznego/ginekologiczno-położniczego - 1 282,50 zł oraz zestawu wyrobów medycznych – 9 871,15 zł.

Wynik analizy zamieszczono w poniższej tabeli

Tabela 36 Wynik analizy kosztów dla produktów dodatkowych i odrębnych

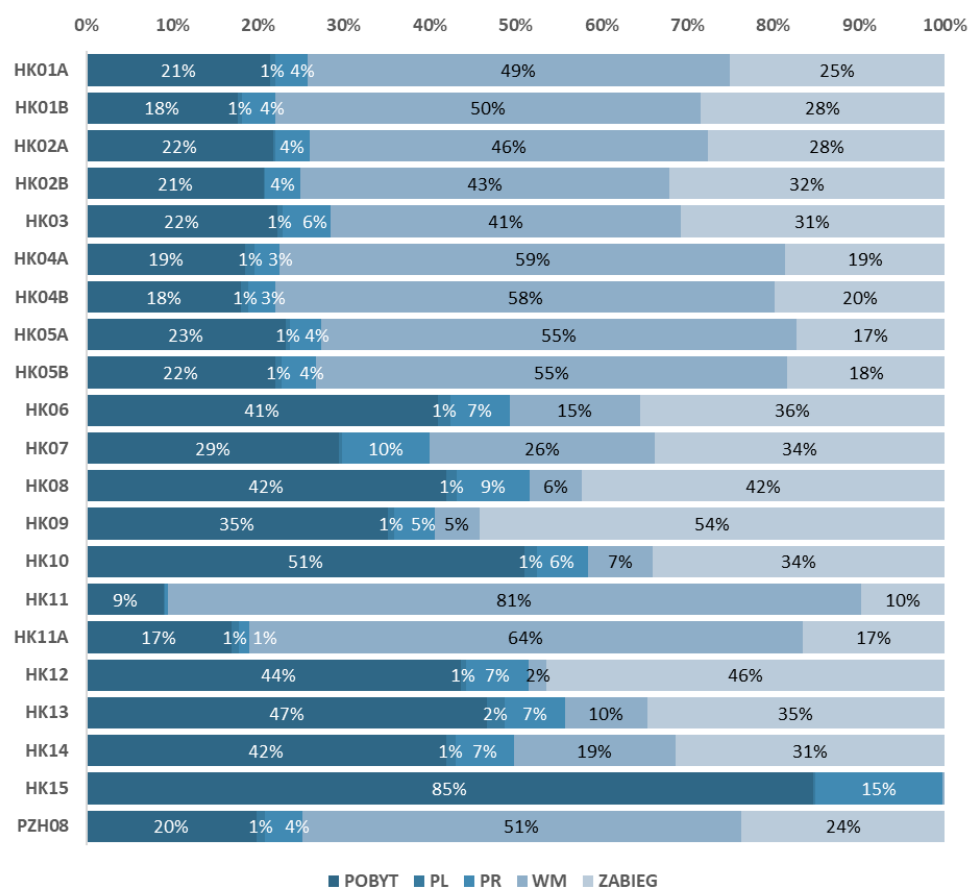
Produkt do sumowania	Koszt w przeliczeniu na 1cm ³ [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
5.53.01.0001319 Przeszczepy kostne allogeniczne sterylizowane radiacyjnie	39,47	394,71*
5.52.01.0001532 Neuromodulacja krzyżowa – I etap - wszczepienie elektrody testowej	nd	16 886,14

* za każde 10cm³ powyżej 30 cm³

Źródło: Opracowanie własne.

Struktura kosztów JGP

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



Wykres 59 Struktura kosztów.

Źródło: Opracowanie własne.

3.2.6. Odwrócona piramida świadczeń

Uwzględniając całościowe podejście do zagadnienia, w pracach Agencji zostały uwzględnione ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w kontekście możliwości realizacji wskazanych procedur w trybie ambulatoryjnym. Analiza relacji pomiędzy wycenami, uwzględniając tryb realizacji świadczeń,

ma istotne znaczenie z punktu widzenia optymalizacji procesu leczenia i wykorzystywanych zasobów w ochronie zdrowia. W celu zapewnienia równowagi kosztowej pomiędzy świadczeniami realizowanymi w trybie stacjonarnym a ambulatoryjnym oraz w celu stworzenia mechanizmów zachęcających świadczeniodawców do szerszej realizacji procedur w ramach AOS, dokonano szczegółowej kalkulacji kosztów tych świadczeń.

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

Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

W związku z możliwością realizacji w ramach AOS procedur, które nie są jednoimienne z tymi realizowanymi w szpitalu, lecz pod względem czasu trwania oraz warunków realizacji są spójne z procedurami wymienionym w rozdziale 2.2 *Aktualny sposób finansowania w Polsce*, do analizy włączono również:

- 04.25 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą,
- 04.89 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurolitycznych.

Na podstawie danych przekazanych w ramach współpracy eksperckiej, z uwagi na znaczne różnice w czasie procedury oraz zaangażowaniu personelu, wyodrębniono trzy nowe grupy zabiegowe w AOS dla procedur zarówno z zakresu neurologii, jak i chirurgii kręgosłupa:

1. ZX1 Świadczenia zabiegowe – grupa X1

- 03.901 Wprowadzenie cewnika do przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia z przerywanym lub ciągłym wlewem leku,
- 03.921 Dokanałowe wstrzyknięcie sterydów,
- 04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolitycznego,
- 05.31 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu współczulnego,
- 05.39 Wstrzyknięcie do nerwu współczulnego lub zwoju – inne.

2. ZX2 Świadczenia zabiegowe – grupa X2

- 04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą,
- 04.25 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą.

3. ZX3 Świadczenia zabiegowe – grupa X3

- 04.80 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego - nie określone inaczej,
- 04.81 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego,
- 04.89 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurolitycznych.

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

Jednocześnie, w przypadku procedury 04.80 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego – nieokreślone inaczej, rekomenduje się pozostawienie taryfy na dotychczasowym, niezmienionym poziomie, z uwagi na jej ogólny, niewyspecyfikowany charakter. Procedura ta służy rozliczaniu świadczeń, które nie wpisują się bezpośrednio w bardziej precyzyjnie zdefiniowane i skatalogowane procedury medyczne.

Z uwagi na brak jednoznacznego odniesienia do konkretnego rodzaju interwencji ani poziomu zasobochłonności, nie jest możliwe jej adekwatne zwaloryzowanie na podstawie dostępnych danych kosztowych. Tym samym nie spełnia ona warunków koniecznych do aktualizacji taryfy w oparciu o standardową metodologię wyceny świadczeń gwarantowanych.

Dla porównania, taryfy objęte, w ramach niniejszego projektu podwyższeniem wartości, dotyczą świadczeń o ściśle określonym charakterze klinicznym, dla których pozyskano szczegółowe dane o kosztach jednostkowych oraz wykorzystanych zasobach. Umożliwiło to ich precyzyjne przyporządkowanie do zaktualizowanych produktów rozliczeniowych oraz ustalenie taryf w sposób adekwatny do rzeczywistego przebiegu leczenia.

W związku z powyższym, utrzymanie dotychczasowej wyceny procedury 04.80 stanowi podejście racjonalne i zgodne z logiką systemową – pozwala na dalsze monitorowanie trendów sprawozdawczo-rozliczeniowych w tym zakresie, jednocześnie minimalizując ryzyko generowania nieuzasadnionych bodźców finansowych do jej stosowania w miejsce właściwie przyporządkowanych procedur.

Tym samym wynik analizy kosztów dla produktu ZX3 Świadczenia zabiegowe – grupa X3 uwzględnia procedury 04.81 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego i 04.89 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurolytycznych.

Tabela 37 Wynik analizy kosztów AOS

Nazwa grupy	Koszt zabiegu* [zł]	Koszt leków i wyrobów medycznych [zł]	Wynik analizy kosztów dla procedur [zł]	Wynik analizy kosztów dla produktów rozliczeniowych [zł]
ZX1 Świadczenia zabiegowe – grupa X1				
03.901 Wprowadzenie cewnika do przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia z przerywanym lub ciągłym wlewem leku	867,30	93,93	961,23	1 000,13
03.921 Dokanałowe wstrzyknięcie sterydów	841,79	122,99	964,78	
04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego	956,58	68,76	1 025,34	
05.31 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu współczulnego	994,85	90,05	1 084,90	
05.39 Wstrzyknięcie do nerwu współczulnego lub zwoju - inne				
ZX2 Świadczenia zabiegowe – grupa X2				
04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą	1084,13	925,18	2 009,31	2 009,31
04.25 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą				
ZX3 Świadczenia zabiegowe – grupa X3				
04.80 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego - nie określone inaczej	744,86	76,11	820,97	814,50
04.81 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego	724,45	90,05	814,50	
04.89 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurolytycznych				

*Uwzględnia infrastrukturę i zaangażowanie personelu medycznego

Źródło: Opracowanie własne.

3.3. Analiza wrażliwości

W ramach prac taryfikacyjnych nie została przeprowadzona analiza wrażliwości.

3.4. Projekt taryfy

Z uwagi na gruntowną przebudowę katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów w obszarze objętym niniejszym raportem, a także fakt, iż wycena świadczeń została oparta głównie na przebiegach referencyjnych, zarówno zespół ekspercki, Agencja, jak i Płatnik uznają za zasadne przeprowadzenie ponownej analizy kosztowej i rewizji taryf n.w. projektów taryfy po upływie roku od ich wejścia w życie.

Leczenie szpitalne

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

- reorganizację katalogu grup JGP na podstawie propozycji PTCHK, zmodyfikowanej w toku prac – ostateczny kształt przedstawiono w załączniku nr 7 do raportu,
- korekty wskazane przez grono eksperckie, o którym mowa w rozdziale 3.1.4. *Współpraca z ekspertami*,
- konsultacje z Płatnikiem,
- rekomendacje Agencji,
- zmianę limitów dni finansowanych grupą, dla wskazanych przez Agencję grup,
- aktualizację wartości osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą dla grup, dla których został on określony,
- średnią wartość obecnej wyceny z grup JGP, z których utworzono nową grupę.

Tabela 38 Projekt taryfy

Skrócony kod i nazwa JGP	Obecna wycena		Projekt taryfy		% zmiana
	[PKT]	[Zł]	[PKT]	[Zł]	
HK01A Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach >65 r.ż. *	28 074	55 025	27 072	53 060	-4%
HK01B Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach <66 r.ż. *	28 074	55 025	26 347	51 640	-6%
HK02A Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu >65 r.ż. *	15 040	29 478	21 132	41 418	41%
HK02B Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu <66 r.ż. *	15 040	29 478	18 217	35 705	21%
HK03 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 1 poziomie	15 036	29 471	14 881	29 167	-1%
HK04A Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	28 074	55 025	40 091	78 579	43%
HK04B Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	28 074	55 025	40 509	79 397	44%
HK05A Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	15 040	29 478	36 862	72 250	145%
HK05B Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	15 040	29 478	36 554	71 646	143%
HK06 Leczenie nowotworów struktur kanału kręgowego (rdzenia, opon i korzeni nerwowych)*	12 422	24 347	16 811	32 949	35%
HK07 Augmentacja struktur kręgosłupa (procedury wewnątrztrzonowe i wewnątrzdysskowe) *	12 609	24 714	6 003	11 765	-52%
HK08 Zabiegi na kręgosłupie bez zastosowania implantów *	11 165	21 883	7 306	14 319	-35%
HK09 Inne małe zabiegi *	767	1 503	1 742	3 414	127%
HK10 Zabiegi na strukturach nerwowych kanału kręgowego bez zastosowania implantów *	12 412	24 328	8 695	17 042	-30%
HK11 Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego, stymulatora nerwu obwodowego *	35 207	69 006	29 094	57 024	-17%
HK11A Stymulacja czasowa rdzenia kręgowego/nerwu obwodowego*	12 422	24 347	10 084	19 764	-19%
HK12 Zabiegi na nerwach obwodowych i korzeniach nerwowych *	5 502	10 784	5 088	9 973	-8%
HK13 Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym *	1 830	3 587	5 425	10 633	196%
HK14 Ablacyjne zabiegi przeciwbólowe na strukturach nerwów obwodowych *	4 117	8 069	2 505	4 911	-39%

Skrócony kod i nazwa JGP	Obecna wycena		Projekt taryfy		% zmiana
	[PKT]	[Zł]	[PKT]	[Zł]	
HK15 Zespoły bólowe kręgosłupa	1 237	2 425	2 282	4 473	84%
PZH08 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa < 18 r.ż.*	33 688	66 028	33 217	65 105	-1%
Przeszczepy kostne allogeniczne sterylizowane radiacyjnie	108	212	201	395	86%
Neuromodulacja krzyżowa – I etap - wszczepienie elektrody testowej	5 084	9 965	8 615	16 886	69%

dla wartości 1 pkt = 1,96 zł, stanowiącym średnią cenę jednostki rozliczeniowej dla analizowanych świadczeń, obowiązującą do 30 czerwca 2026 r.

Źródło: Opracowanie własne.

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

- wyższe od aktualnej wartości katalogowej dla 10 grup JGP, od **21%** dla *HK02B Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu <66 r.ż. **, do **196%** dla *HK13 Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym **,
- niższe niż ich aktualna wartość katalogowa dla 11 grup JGP i różnica waha się odpowiednio od **1%** dla grupy *HK03 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 1 poziomie* i *PZH08 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa < 18 r.ż. ** do **52%** dla grupy *HK07 Augmentacja struktur kręgosłupa (procedury wewnątrztrzonowe i wewnątrzrdyskowe) **,
- wyższe o **86%** dla produktu do sumowania *Przeszczepy kostne allogeniczne sterylizowane radiacyjnie* oraz **69%** dla produktu odrębnego *Neuromodulacja krzyżowa – I etap - wszczepienie elektrody testowej*.

Podkreślić należy, że zmiany wycen dotyczą przede wszystkim urealnienia wartości taryf dla produktów rozliczeniowych o charakterze kompleksowym, dla których w ostatnich latach – w wyniku wzrostu ceny jednostki rozliczeniowej związanej z rekomendacjami Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej – doszło do znacznego zwiększenia poziomu refundacji ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Przykładem jest grupa H51 *Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa*, w której wysokość finansowania wzrosła w latach 2022–2025 o ok. 27 tys. zł, co w wielu przypadkach przewyższało rzeczywiste koszty realizacji świadczenia. W związku z tym zdecydowano o nieznacznej korekcie wycen w dół, traktując ją jako element racjonalizacji finansowania oraz przywrócenia właściwych proporcji między rzeczywistymi kosztami a obowiązującą taryfą. Jednocześnie należy podkreślić, że wyodrębniono nowe produkty rozliczeniowe dedykowane pacjentom onkologicznym, w których wszczepiane są innowacyjne i kosztowne wyroby medyczne umożliwiające przeprowadzenie radioterapii. Dla tych przypadków ustalono wyższą wysokość refundacji.

Zmiany wprowadzono również w grupach związanych z wykorzystaniem wyrobów medycznych, opracowując nowe, bardziej precyzyjne charakterystyki produktów rozliczeniowych. Pozwoliło to na eliminację dotychczasowych wątpliwości interpretacyjnych dotyczących charakteru i istoty zużywanych materiałów, a także umożliwiło jednoznaczne przypisanie świadczenia do właściwej grupy rozliczeniowej. Szczególny nacisk położono na wydzielenie produktów, w ramach których nie dochodzi do wszczepienia implantów, co ogranicza ryzyko nieuzasadnionego rozliczania świadczeń w grupach o wyższych taryfach (tzw. upcodingu). W odniesieniu do tych świadczeń również dokonano urealnienia wycen, zapewniając większą spójność pomiędzy kosztami ponoszonymi przez świadczeniodawców a osiąganymi przez nich przychodami z tytułu realizacji procedur.

Podsumowując, proponowane w niniejszym raporcie taryfy wpisują się w szerszy cel podniesienia przejrzystości systemu rozliczeń, poprawy adekwatności wycen względem rzeczywistych kosztów świadczeń oraz ograniczenia możliwości występowania nadużyć systemowych.

Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

Projekty taryf dla procedur zabiegowych realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obejmują utworzenie nowych produktów rozliczeniowych. Celem tych działań jest dostosowanie systemu taryfikacji do zmieniających się realiów klinicznych oraz zapewnienie adekwatnej wyceny świadczeń medycznych. Proponowane taryfy mają również na celu umożliwienie świadczeniodawcom realizacji określonych procedur w warunkach ambulatoryjnych, co może przyczynić się do zwiększenia dostępności świadczeń, skrócenia czasu oczekiwania na leczenie oraz optymalizacji kosztów systemu ochrony zdrowia.

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

- wyższe od aktualnej wartości katalogowej dla 8 procedur, od **5%** dla procedury 04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą i 04.25 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą do **453%** dla procedury 04.81 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego i 04.89 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurolytycznych,
- niższe od aktualnej wartości katalogowej dla 1 procedury tj.: 04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego o **48%**,
- pozostawione na obecnym poziomie dla procedury 04.80 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego - nie określone inaczej.

Szczegóły przedstawia poniższa tabela.

Tabela 39 Projekt taryfy dla produktów AOS

Kod i nazwa procedury	Obecna wycena		Projekt taryfy		% zmiana
	[PKT]	[ZŁ]	[PKT]	[ZŁ]	
03.901 Wprowadzenie cewnika do przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia z przerywanym lub ciągłym wlewem leku	232	427	544	1 000	134%
03.921 Dokanałowe wstrzyknięcie sterydów	184	339	544	1 000	195%
04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego	1 039	1 912	544	1 000	-48%
05.31 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu współczulnego	115	212	544	1 000	373%
05.39 Wstrzyknięcie do nerwu współczulnego lub zwoju - inne	115	212	544	1 000	373%
04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą	1 039	1 912	1 092	2 009	5%
04.25 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą	1 039	1 912	1 092	2 009	5%
04.80 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego - nie określone inaczej	80	147	80	147	0%
04.81 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego	80	147	443	815	453%
04.89 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurolytycznych	80	147	443	815	453%

dla wartości 1 pkt = 1,84 zł, stanowiącym średnią cenę jednostki rozliczeniowej, dla analizowanych świadczeń, obowiązującą do 30 czerwca 2026 r.

Źródło: Opracowanie własne.

4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

Celem analizy wpływu na budżet jest ocena konsekwencji finansowych podjęcia decyzji o wprowadzeniu w życie proponowanej wyceny dla analizowanych świadczeń. W ramach niniejszej analizy porównano nakłady finansowe z perspektywy płatnika publicznego ponoszone na realizację świadczeń w ramach obowiązującej wyceny oraz zmiany wynikające z zastosowania proponowanej taryfy, przy założeniu zachowania liczby realizowanych świadczeń na niezmiennym poziomie.

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona z wykorzystaniem danych Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie produktów jednostkowych zrealizowanych w roku 2023 oraz średniej cenie punktu od lipca 2025 r., przy jednoczesnym uwzględnieniu:

- przebudowy charakterystyki jednorodnych grup pacjentów,
- warunków rozliczania świadczeń ze względu na długość hospitalizacji (hospitalizacje 0/1/2-dniowe oraz dłuższe),
- liczby dni finansowanych grupą, a także wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą i ich zmian,
- aktualnie obowiązujących współczynników korygujących,
- aktualnych cen jednostek rozliczeniowych w poszczególnych zakresach świadczeń realizowanych przez świadczeniodawców, przekazanych przez NFZ.

Ograniczeniem przeprowadzonej analizy jest fakt, iż w zasadniczej części opiera się ona na korektach eksperckich, co wynika z gruntownej przebudowy katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). Zmiany strukturalne w katalogu, obejmujące m.in. tworzenie nowych grup rozliczeniowych oraz modyfikację istniejących, ograniczają możliwość oparcia się wyłącznie na danych empirycznych. W związku z tym zasadnicza część założeń analitycznych musiała zostać przyjęta na podstawie opinii ekspertów klinicznych, co należy uwzględnić przy interpretacji wyników analizy budżetowej.

Wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się ze zmniejszeniem wydatków po stronie płatnika publicznego o ok. **305 mln zł**, co odpowiada **13,5%** zmniejszeniu ponoszonych kosztów w obszarze analizowanych świadczeń w stosunku do estymowanej wartości świadczeń w roku 2023 r.

Tabela 40 Analiza wpływu na budżet płatnika

Kod i nazwa	Liczba świadczeń	Aktualne wydatki NFZ [zł]	Wydatki NFZ po zmianach [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
Leczenie szpitalne	105 422	2 213 276 015	1 881 985 960	-331 290 056	-15,0%
Kompleksowe	8 998	515 219 459	507 563 752	-7 655 707	-1,5%
HK01A Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach >65 r.ż. *	3 012	167 899 268	164 018 765	-3 880 502	-2,3%
HK01B Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa na 4 i więcej poziomach <66 r.ż. *	4 880	278 366 226	265 617 321	-12 748 905	-4,6%
HK04A Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	219	11 732 420	16 756 012	5 023 592	42,8%
HK04B Kompleksowe leczenie kręgosłupa na 4 i więcej poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	207	11 069 162	15 934 381	4 865 219	44,0%
PZH08 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa <18 r.ż. *	680	46 152 383	45 237 273	-915 111	-2,0%
Duże	18 526	545 917 875	576 715 687	30 797 812	5,6%
HK02A Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu >65 r.ż. *	752	22 510 709	32 005 311	9 494 601	42,2%

Kod i nazwa	Liczba świadczeń	Aktualne wydatki NFZ [zł]	Wydatki NFZ po zmianach [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
HK02B Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu <66 r.ż. *	1 806	54 118 336	66 565 009	12 446 673	23,0%
HK03 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 1 poziomie *	15 274	453 037 958	454 987 510	1 949 552	0,4%
HK05A Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej >65 r.ż. *	3	85 042	217 078	132 036	155,3%
HK05B Leczenie kręgosłupa na 2-3 poziomach w przebiegu choroby nowotworowej <66 r.ż. *	11	318 573	814 701	496 128	155,7%
HK06 Leczenie nowotworów rdzenia kręgowego*	680	15 847 256	22 126 077	6 278 821	39,6%
Średnie	43 357	894 142 706	600 101 798	-294 040 908	-32,9%
HK07 Augmentacja struktury kręgosłupa (procedury wewnątrztrzonowe i wewnątrzdiskowe) *	8 827	217 001 121	108 302 282	-108 698 839	-50,1%
HK08 Zabiegi na kręgosłupie bez zastosowania implantów *	23 890	519 305 612	356 143 071	-163 162 540	-31,4%
HK10 Zabiegi na strukturach nerwowych kanału kręgowego bez zastosowania implantów *	3 548	85 430 946	62 237 841	-23 193 105	-27,1%
HK12 Zabiegi na nerwach obwodowych i korzeniach nerwowych *	7 039	72 218 800	72 854 337	635 536	0,9%
HK13 Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym*	53	186 227	564 267	378 040	203,0%
Stymulatory	826	43 962 113	37 110 754	-6 851 359	-15,6%
HK11 Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego, stymulatora korzeni nerwowych *	568	39 244 601	32 430 552	-6 814 050	-17,4%
HK11A Stymulacja czasowa rdzenia kręgowego/nerwu obwodowego*	174	3 873 433	3 249 884	-623 549	-16,1%
Neuromodulacja krzyżowa - I etap - wszczepienie elektrody testowej	84	844 079	1 430 318	586 239	69,5%
Małe	29 195	203 192 306	139 519 318	-63 672 988	-31,3%
HK09 Inne małe zabiegi *	2 614	3 620 450	8 827 785	5 207 335	143,8%
HK14 Ablacyjne zabiegi przeciwbólowe na strukturach nerwów obwodowych *	26 581	199 571 856	130 691 533	-68 880 323	-34,5%
Pozostałe	4 520	10 841 556	20 974 651	10 133 095	93,5%
HK15 Zespoły bólowe kręgosłupa	4 233	10 624 405	20 568 498	9 944 093	93,6%
Przeszczepy kostne allogeniczne sterylizowane radiacyjnie	287	217 151	406 153	189 002	87,0%
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	72 270	48 330 326	74 309 700	25 979 374	53,8%
03.901 Wprowadzenie cewnika do przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia z przerywanym lub ciągłym wlewem leku	10	4 454	10 445	5 990	134,5%
03.921 Dokanałowe wstrzyknięcie sterydów	5 365	1 881 869	5 530 029	3 648 161	193,9%
04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego	7 017	13 771 200	7 211 293	-6 559 907	-47,6%
04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą	7 627	14 389 290	15 123 296	734 006	5,1%
04.25 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą	5 955	11 627 255	12 229 562	602 308	5,2%
04.80 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego - nie określone inaczej	4 751	536 067	536 067	0	0,0%
04.81 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego	6 818	1 014 392	5 558 324	4 543 932	447,9%
04.89 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurolytycznych	34 557	5 069 057	27 936 875	22 867 818	451,1%
05.31 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu współczulnego	27	6 325	29 918	23 593	373,0%
05.39 Wstrzyknięcie do nerwu współczulnego lub zwoju - inne	143	30 418	143 891	113 473	373,0%
RAZEM:	177 692	2 261 606 341	1 956 295 660	-305 310 682	-13,5%

Źródło: Opracowanie własne.

4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Dostosowanie wyceny taryfikowanych świadczeń do rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców umożliwi urealnienie wysokości refundacji finansowanej przez płatnika publicznego. Urealniona taryfa może również wspierać optymalizację alokacji zasobów oraz sprzyjać bardziej efektywnemu planowaniu i realizacji świadczeń zdrowotnych.

Taryfikacja świadczeń w analizowanym obszarze powinna umożliwiać pokrycie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców realizujących procedury w zakresie leczenia schorzeń kręgosłupa, w szczególności w obszarze chirurgii kręgosłupa. Zapewnienie odpowiedniego poziomu finansowania jest kluczowe dla utrzymania jakości udzielanych świadczeń, ich dostępności oraz dalszego rozwoju nowoczesnych metod leczenia.

Podstawowym elementem projektowanych zmian jest **gruntowna przebudowa katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP)**, tak aby uwzględniał on aktualny stan wiedzy medycznej, postęp technologiczny oraz praktykę kliniczną.

W opinii ekspertów klinicznych Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa (PTCHK), obecnie obowiązujący katalog JGP zawierający procedury chirurgiczne wykorzystywane w leczeniu chorób kręgosłupa jest niewystarczająco rozbudowany i nie odzwierciedla złożoności oraz różnorodności zabiegów wykonywanych w codziennej praktyce lekarskiej. W rezultacie, przy kodowaniu często stosowanych procedur chirurgicznych, brakuje odpowiednio dopasowanych grup JGP, które w sposób precyzyjny odpowiadałyby rzeczywistemu przebiegowi leczenia i poziomowi zaawansowania interwencji medycznej.

Taka sytuacja zmusza świadczeniodawców do przypisywania procedur do grup jedynie zbliżonych charakterystyką do faktycznie wykonanych świadczeń, co jednak nie odzwierciedla w pełni rzeczywistego zakresu leczenia, poziomu skomplikowania zabiegu ani poniesionych kosztów. W dłuższej perspektywie prowadzi to do nierówności w finansowaniu świadczeń oraz potencjalnego niedoszacowania procedur bardziej zaawansowanych klinicznie.

Istotnym elementem projektowanych zmian jest również określenie w nowo utworzonych grupach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) limitów liczby dni hospitalizacji finansowanych w ramach danej grupy, wraz z wprowadzeniem mechanizmu waloryzacji wartości punktowej za każdy dzień pobytu przekraczający ustalony limit. Takie rozwiązanie ma na celu lepsze dostosowanie systemu rozliczeń do zróżnicowanej długości i złożoności hospitalizacji.

Wprowadzenie proponowanych zmian będzie miało szczególne znaczenie dla podmiotów leczniczych, które świadczą opiekę nad pacjentami wymagającymi intensywnego, wieloetapowego oraz przedłużonego leczenia, wynikającego z ich skomplikowanego stanu klinicznego, współistniejących chorób przewlekłych lub konieczności zastosowania wysokospecjalistycznych procedur diagnostyczno-terapeutycznych.

Zastosowanie limitów dni finansowanych w ramach danej grupy JGP, wraz z mechanizmem waloryzacji wartości punktowej za każdy dzień hospitalizacji przekraczający ten limit, pozwoli na bardziej precyzyjne i sprawiedliwe dopasowanie poziomu finansowania do rzeczywistego nakładu pracy i kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców.

Dzięki temu rozwiązaniu możliwe będzie ograniczenie zjawiska niedoszacowania świadczeń realizowanych u pacjentów wymagających bardziej złożonej opieki, co przełoży się zarówno na

poprawę stabilności finansowej podmiotów leczniczych, jak i na zwiększenie jakości oraz ciągłości udzielanych świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

Największy spadek przychodów w lecznictwie szpitalnym, tj. o 115 mln zł (17,2%) dotyczyć będzie szpitali powiatowych, a najmniejszy szpitali z kategorią „Inny” - 8 mln zł (12,0%).

W lecznictwie ambulatoryjnym spadek przychodów będzie dotyczyć wyłącznie szpitali klinicznych (ok. 9,5%), w pozostałych kategoriach odnotuje się wzrost przychodów od 8,0% do 107,5%.

Szczegółowe zestawienie omawianych wartości zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 41 Wpływ propozycji zmian na budżet świadczeniodawców w podziale na kategorię szpitala

Kategoria szpitala	Realizacja	Wartość aktualna	Wartość projekt taryf	Zmiana	Zmiana %
Leczenie szpitalne	105 422	2 213 276 015	1 881 985 960	-331 290 056	-15,0%
Powiatowy, gminny, miejski	33 806	667 500 739	552 514 091	-114 986 647	-17,2%
Wojewódzki	33 539	743 589 472	644 308 140	-99 281 332	-13,4%
Kliniczny	24 202	587 029 015	503 569 023	-83 459 992	-14,2%
Inny (MSWiA, wojskowy)	3 690	71 075 535	62 579 060	-8 496 475	-12,0%
Niepubliczny	10 185	144 081 255	119 015 644	-25 065 611	-17,4%
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	72 270	48 330 326	74 309 700	25 979 374	53,8%
Powiatowy, gminny, miejski	12 492	9 945 506	14 115 901	4 170 396	41,9%
Wojewódzki	12 125	10 346 623	13 344 451	2 997 828	29,0%
Kliniczny	3 591	4 444 765	4 023 227	-421 538	-9,5%
Inny (MSWiA, wojskowy)	4 599	6 156 931	6 648 826	491 895	8,0%
Niepubliczny	39 463	17 436 500	36 177 295	18 740 795	107,5%
Suma końcowa	177 692	2 261 606 341	1 956 295 660	-305 310 682	-13,5%

Źródło: Opracowanie własne.

5. Najważniejsze informacje, wnioski i rekomendacje

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

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

Zakres wskazany w ww. planie taryfikacji, pismem znak: ASG.4088.5.2018.KoM z dnia 13.02.2018 r., został rozszerzony o inne produkty wykorzystywane do rozliczania świadczeń stosowanych w leczeniu chorób kręgosłupa z zaleceniem przebudowy katalogu JGP w zakresie chirurgii kręgosłupa.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że w dniu 26.10.2017 r. raport nr WT.521.18.2016 Zabiegi kręgosłupa oraz diagnostyka i leczenie zespołów bólowych kręgosłupa finansowane w ramach JGP: H51 – H56D był przedmiotem konsultacji z Radą ds. Taryfikacji, w wyniku których jak wskazuje rekomendacja ww. Rady zasadne jest „Wstrzymanie publikacji raportu do czasu przebudowy grup JGP we współpracy ze środowiskiem oraz aktualizacja analiz kosztowych na podstawie nowych/ dodatkowych danych dotyczących w szczególności stosowanych wyrobów medycznych oraz rozległości zabiegu”.

Głównymi realizatorami świadczeń rozliczanych w ramach grup JGP będących przedmiotem raportu są podmioty powiatowe, gminne i miejskie. W 2023 roku zrealizowały ok. 33% ogólnej liczby hospitalizacji za łączną kwotę 576 810 311,90 zł. Kolejne 31% świadczeń, o wartości 625 064 396,36 zł zrealizowanych zostało przez podmioty wojewódzkie. Istotnymi jednostkami są również szpitale kliniczne, które zrealizowały ok. 23% wszystkich świadczeń o wartości 531 013 589,29 zł. Tuż za nimi plasują się natomiast podmioty niepubliczne z podobnym udziałem realizacji ok. 9% za kwotę 112 461 468,11 zł.

Produkty rozliczeniowe objęte prowadzonymi pracami taryfikacyjnymi obejmują łącznie 21 Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), w tym 20 grup zabiegowych oraz 1 grupę zachowawczą. Grupy te odnoszą się do świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem schorzeń oraz wykonywaniem interwencji medycznych w obrębie wybranych obszarów klinicznych, które – w celu uporządkowania – zostały podzielone na sześć głównych kategorii.

Ze względu na dużą liczbę objętych taryfikacją produktów rozliczeniowych, jak również szeroki zakres możliwych do zastosowania procedur diagnostyczno-terapeutycznych oraz zróżnicowanie jednostek chorobowych, świadczenia te są realizowane w ramach wielu różnych zakresów świadczeń gwarantowanych. Taka struktura odzwierciedla zarówno złożoność kliniczną analizowanego obszaru, jak i potrzebę zapewnienia elastyczności w przyporządkowaniu świadczeń do odpowiednich form rozliczeniowych. Jednocześnie obserwuje się ich dość dużą koncentrację – 97,28% realizacji dotyczy jedynie 3 zakresów:

- Neurochirurgia – 53 544 świadczeń o wartości 1 119 656 169,93 zł,
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu – 37 280 świadczeń o wartości 701 591 595,58 zł,
- chirurgia ogólna – 11 940 świadczeń o wartości 82 002 655,85 zł.

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

W ramach prowadzonych prac nad taryfikacją świadczeń z zakresu leczenia schorzeń kręgosłupa dokonano analizy liczby dni pobytu finansowanych grupą – po zmianie charakterystyki grup.

W związku z powyższym, odpowiednio do wyniku analiz, proponuje się modyfikację aktualnie obowiązujących wartości. Oczekuje się, że dzięki wprowadzonej zmianie możliwym stanie się otrzymanie adekwatnej refundacji, zwłaszcza w przypadku przedłużających się pobytów. Należy zauważyć, że w tak oszacowanych proponowanych limitach dni finansowania grupą zawiera się średnio ponad 90% hospitalizacji rozliczonych poniższymi JGP w sprawozdawczości NFZ za 2023 rok.

W procesie taryfikacji wykorzystano łącznie dane o 2 509 świadczeniach. Za minimalną próbę w grupie JGP eksperci kliniczni PTCHK wskazali 50 świadczeń, a w przypadku grup, dla których próba będzie mniejsza – pozyskanie przebiegów referencyjnych. Do wyliczenia kosztów osobodnia i kosztów infrastruktury bloku wykorzystano dane finansowo-księgowe będące w posiadaniu Agencji w łącznej liczbie 1358 OPK. Koszty stawki godzinowej wynagrodzenia personelu zabiegowego zostały oszacowane na podstawie najnowszych danych z Raportu Kadrowo-Płacowego (luty 2025).

W związku z częściowym oparciem analiz o dane za lata wcześniejsze zostały one zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2026 roku. Aktualizacji dokonano właściwymi wskaźnikami częstkowymi.

Zgodnie z rekomendacją Rady ds. Taryfikacji z dn. 18.07.2024 r., ze względu na szeroki zakres zmian obejmujących dziedzinę chirurgii, neurochirurgii i ortopedii (także dziecięcej) poszerzono obszar współpracy o dodatkowe grupy eksperckie.

Ostatecznie, w ramach prac analitycznych pozyskano oraz wykorzystano dane w ramach współpracy eksperckiej z:

- Konsultantem Krajowym w dziedzinie neurochirurgii,
- Konsultantem Krajowym w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- Polskim Towarzystwem Chirurgii Kręgosłupa – autorzy nowego kształtu katalogu,
- Polskim Towarzystwem Neurochirurgów,
- Polskim Towarzystwem Ortopedycznym i Traumatologicznym,
- Polskim Towarzystwem Ortopedii Dziecięcej,
- Polskim Towarzystwem Neuromodulacji,
- Polskim Towarzystwem Badania Bólu,
- Sekcją Interwencyjną Polskiego Towarzystwa Badania Bólu,
- Sekcją Stereotaksji i Neurochirurgii Czynnościowej Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów.

Zakres korekt eksperckich obejmował długość pobytu, czas zabiegu, liczbę lekarzy i instrumentariuszek uczestniczących w zabiegu, wysokokosztowe wyroby medyczne, udział diagnostyki obrazowej oraz inne koszty.

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

- reorganizację katalogu grup JGP na podstawie propozycji PTCHK,
- korekty eksperckie wskazane przez grono eksperckie, o którym mowa w rozdziale 3.1.4 *Współpraca z ekspertami*,
- konsultacje z Płatnikiem,
- rekomendacje Agencji,
- zmianę limitów dni finansowanych grupą, dla wskazanych przez Agencję grup,
- aktualizację wartości osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą dla grup, dla których został on określony.

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

- w lecznictwie szpitalnym

- wyższe od aktualnej wartości katalogowej dla 10 grup JGP, od 21% dla *HK02B Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 2-3 poziomach lub na jednym poziomie wielostronnego dostępu <66 r.ż. **, do 196% dla *HK13 Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym **,
- niższe niż ich aktualna wartość katalogowa dla 11 grup JGP i różnica waha się odpowiednio od 1% dla grupy *HK03 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów na 1 poziomie i PZH08 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa < 18 r.ż.** do 52% dla grupy *HK07 Augmentacja struktur kręgosłupa (procedury wewnątrztrzonowe i wewnątrzdyaskowe) **,
- wyższe o 86% dla produktu do sumowania *Przeszczepy kostne allogeniczne sterylizowane radiacyjnie* oraz 69% dla produktu odrębnego *Neuromodulacja krzyżowa – I etap - wszczepienie elektrody testowej*,

- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

- wyższe od aktualnej wartości katalogowej dla 8 procedur, od 5% dla procedury *04.24 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą i 04.25 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą* do 453% dla procedury *04.81 Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego i 04.89 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurolytycznych*,
- niższe od aktualnej wartości katalogowej dla 1 procedury tj.: *04.21 Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego* o 48%,
- pozostawione na obecnym poziomie dla procedury *04.80 Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego* - nie określone inaczej.

Wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się ze zmniejszeniem wydatków po stronie płatnika publicznego o ok. **305 mln zł**, co odpowiada **13,5%** zmniejszeniu ponoszonych kosztów w obszarze analizowanych świadczeń w stosunku do estymowanej wartości świadczeń w roku 2023 r.

Rekomendacje

Weryfikacja oraz ponowna taryfikacja świadczeń po roku od wejścia w życie proponowanych taryf

Z uwagi na kompleksową przebudowę katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) w obszarze objętym niniejszym raportem, a także fakt, iż projektowana wycena świadczeń została w dużej mierze oparta na przebiegach referencyjnych, zarówno zespół ekspercki, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), jak i Narodowy Fundusz Zdrowia (Płatnik), uznają za zasadne przeprowadzenie ponownej analizy kosztowej oraz weryfikację zaproponowanych taryf.

Rewizja powinna dotyczyć taryf przedstawionych w rozdziale 3.4 „Projekt taryfy” i zostać zrealizowana po upływie 12 miesięcy od momentu ich wejścia w życie. Celem takiego działania będzie:

- ocena rzeczywistego poziomu kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców,
- dostosowanie finansowania do aktualnych uwarunkowań rynkowych,
- identyfikacja ewentualnych rozbieżności pomiędzy założeniami zaproponowanego modelu a praktyką kliniczną.

Powyższe pozwoli na bardziej precyzyjne dostosowanie systemu taryf do potrzeb pacjentów oraz zapewni stabilność ekonomiczną realizatorów świadczeń w dłuższej perspektywie.

Współczynniki korygujące dla hospitalizacji 0/1/2 dniowych

Mając na względzie rekomendowaną retaryfikację świadczeń po upływie roku od wdrożenia nowego katalogu JGP, rekomenduje się, aby na obecnym etapie nie wprowadzać zbyt restrykcyjnych współczynników korygujących wartości taryf dla hospitalizacji trwających 0, 1 lub 2 dni.

Powyższe wynika z faktu, że w toku prac Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, dane dotyczące średniej długości pobytu w ramach poszczególnych grup JGP — przy standardowym podejściu taryfikacyjnym, tj. bez uwzględnienia korekt eksperckich — opierają się przede wszystkim na informacjach sprawozdawanych przez świadczeniodawców do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zastosowanie zbyt restrykcyjnych współczynników obniżających wartość finansowania hospitalizacji krótkoterminowych (0/1/2 dni) może skutkować niepożądanym zjawiskiem sztucznego wydłużania pobytów przez świadczeniodawców wyłącznie w celu uzyskania pełnej płatności za świadczenie. Przykładem są grupy takie jak A22 *Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym* oraz A23 *Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym*, w których kryteria rozliczeniowe mogą stanowić bodziec do wydłużania hospitalizacji niezależnie od rzeczywistych wskazań medycznych.

Taka praktyka mogłaby prowadzić do zniekształcenia rzeczywistego obrazu długości pobytów w nowo utworzonych grupach JGP, a tym samym zaburzyć analizę ich homogeniczności oraz ocenę efektywności przypisanych do nich procedur. W konsekwencji mogłoby to negatywnie wpłynąć na jakość danych wykorzystywanych w przyszłych procesach taryfikacyjnych i ograniczyć możliwość racjonalnego kształtowania polityki zdrowotnej w tym obszarze.

6. Bibliografia

1. Program Promocji Zdrowia, 2023 - Program prozdrowotny w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy na lata 2022–2026 (kontynuacja programu realizowanego w latach 2012-2015 oraz 2017-2021), Lublin 2023.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD 2021, University of Washington 2025 (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>).
3. Ciechanowicz, 2020 - Ciechanowicz D., Samojło N., Kozłowski J., Pakulski C., Zyluk A.: Incidence and etiology of mortality in polytrauma patients: an analysis of material from Multitrauma Centre of the University Teaching Hospital no 1 in Szczecin, over a period of 3 years (2017–2019); Polski Przegląd Chirurgiczny 2020: 92 (4): 1-6.
4. Program na lata 2024-2029 - Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej Program na lata 2024 – 2029 z perspektywą kontynuacji, Kraków 2023 (https://www.fundusze.malopolska.pl/sites/default/files/2024/08/9133/10_Zal_10_Prewencja%20RPZ%20II%208.06.2024%20ost.pdf).
5. Program rehabilitacji, Łódź - Program rehabilitacji i wspierania aktywności ruchowej mieszkańców województwa łódzkiego (<https://cmolmed.pl/programy-zdrowotne/program-rehabilitacji-i-wspierania-aktywnosci-ruchowej-mieszkancow-wojewodztwa-lodzkiego/>).
6. Polityka zdrowotna, mazowiecki, 2022-2026 - Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego na lata 2022-2026 (<https://mazovia.pl/pl/bip/zalatw-sprawe/zdrowie-i-polityka-spoleczna/priorytetowe-dzialania-w-obszarze-zdrowia/kierunki-dzialan-w-zakresie-polityki-zdrowotnej-wojewodztwa-mazowieckiego-na-lata-2022-2026.html>).
7. Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/>).
8. Łajczak, 2024 - Łajczak, Paweł & Żerdziński, Krzysztof & Jóźwik, Kamil & Laskowski, Maciej. (2024). Zastosowanie robotów w chirurgii kręgosłupa – przegląd literatury (https://www.researchgate.net/publication/386409984_Zastosowanie_robotow_w_chirurgii_kregoslupa_-_przeglad_literatury).

7. Spis tabel i wykresów

Spis tabel

Tabela 1 Wykaz JGP będących przedmiotem prac taryfikacyjnych w latach ubiegłych.....	6
Tabela 2 Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych wg ZUS-u w 2022 r. oraz 2023 r. dla najczęściej występujących grup chorobowych.....	9
Tabela 3 Produkt z katalogu 1b możliwy do rozliczenia wyłącznie w zakresach położnictwa i ginekologii oraz urologii.....	11
Tabela 4 Produkt z katalogu 1c możliwe do rozliczenia wyłącznie w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu.....	11
Tabela 5 Procedury możliwe do realizacji w warunkach ambulatoryjnych	12
Tabela 6 Wykaz programów lekowych dedykowanych chorobom układu mięśniowo-szkieletowego	13
Tabela 7 Nowe grupy JGP będące przedmiotem opracowania.....	14
Tabela 8 Liczba i wartość analizowanych grup JGP w poszczególnych zakresach świadczeń	27
Tabela 9 Liczba i wartość analizowanych grup JGP w zakresach.....	28
Tabela 10 Liczba i wartość świadczeń w podziale na poszczególne JGP	32
Tabela 11 Struktura trybu przyjęcia	35
Tabela 12 Struktura trybu wypisu	35
Tabela 13 Liczba świadczeń JGP w kategoriach dorosły i dziecko.....	35
Tabela 14 Średni wiek pacjenta w zależności od kategorii szpitala w podziale na zakresy	36
Tabela 15 Średnia długość hospitalizacji pacjenta w zależności od kategorii szpitala w podziale na zakresy.....	36
Tabela 16 Podsumowanie wyceny świadczeń szpitalnych obejmujących choroby kręgosłupa w 2024 roku w poszczególnych krajach.	51
Tabela 17 Cenniki komercyjne w podziale na kategorię zabiegu - realizatorzy świadczeń	54
Tabela 18 Średnia cena osobodnia w podziale na rodzaj oddziału - realizatorzy świadczeń.....	54
Tabela 19 Liczność próby danych finansowo-księgowych	63
Tabela 20 Podmioty wytypowane do współpracy przez ekspertów PTCHK	63
Tabela 21 Wielkość próby danych włączonych do wyliczeń – dane medyczno-kosztowe.....	64
Tabela 22 Grupy eksperckie i zakres przekazanych korekt	66
Tabela 23 Korekty eksperckie – średnie wartości	66
Tabela 24 Mnożnik zmian wielkości kosztów dla poszczególnych lat	69
Tabela 25 Proponowane wartości limitów dni finansowania grupą	70
Tabela 26 Średnia długość pobytu przyjęta do analiz	71
Tabela 27 Zestawienie średnich kosztów osobodnia dla wybranych kodów resortowych.....	71
Tabela 28 Zestawienie kosztów osobodnia dla poszczególnych grup JGP	72
Tabela 29 Propozycja zmian wartości punktowej osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą	72
Tabela 30 Średni koszt infrastruktury na godzinę przyjęty do wyliczeń	73
Tabela 31 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury gabinetu zabiegowego	74
Tabela 32 Średnie stawki godzinowe brutto-brutto personelu realizującego procedurę zabiegową ..	74
Tabela 33 Koszty zmienne przyjęte do taryfy	77
Tabela 34 Średni czas procedur zabiegowych w analizowanych grupach JGP – średnia z korekt eksperckich	78
Tabela 35 Wynik analiz kosztów	79

Tabela 36 Wynik analizy kosztów dla produktów dodatkowych i odrębnych.....	80
Tabela 37 Wynik analizy kosztów AOS	82
Tabela 38 Projekt taryfy	83
Tabela 39 Projekt taryfy dla produktów AOS	85
Tabela 40 Analiza wpływu na budżet płatnika	86
Tabela 41 Wpływ propozycji zmian na budżet świadczeniodawców w podziale na kategorię szpitala	89

Spis wykresów

Wykres 1 Realizacja w podziale na kategorię JGP w latach 2019-2023.	7
Wykres 2 Liczba i wartość świadczeń JGP zrealizowanych w latach 2019-2023.	18
Wykres 3 Liczba świadczeń Neuromodulacji krzyżowej – I etap – wszczepienie elektrody testowej zrealizowanych w latach 2019-2023.	18
Wykres 4 Wartość świadczeń Neuromodulacji krzyżowej – I etap – wszczepienie elektrody testowej zrealizowanych w latach 2019-2023.	19
Wykres 5 Świadczenia towarzyszące rozliczone wraz z świadczeniem podstawowym (JGP).	19
Wykres 6 Zmiana ceny jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ	20
Wykres 7 Zmiana refundacji NFZ w wyniku zmiany ceny jednostki rozliczeniowej dla wybranych JGP	20
Wykres 8 Liczba zrealizowanych świadczeń JGP w 2023 roku w podziale na województwa.	21
Wykres 9 Liczba zrealizowanych świadczeń JGP w 2023 roku w podziale na województwa w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców.	22
Wykres 10 Wartość zrealizowanych świadczeń JGP w mln w 2023 roku w podziale na województwa.	22
Wykres 11 Wartość zrealizowanych świadczeń JGP w mln w 2023 roku w podziale na województwa w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców.	23
Wykres 12 Liczba unikatowych świadczeniodawców w 2023 roku w podziale na województwa.	24
Wykres 13 Liczba świadczeniodawców w 2023 roku w podziale na województwa w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców.	24
Wykres 14 Liczba świadczeniodawców w latach 2019-2023 w podziale na kategorię szpitala.	25
Wykres 15 Struktura procentowa liczby realizatorów świadczeń w latach 2019-2023 w podziale na kategorię szpitala.	25
Wykres 16 Struktura liczby świadczeń w podziale na kategorię szpitala.	26
Wykres 17 Struktura wartości świadczeń w podziale na kategorię szpitala.	26
Wykres 18 Struktura liczby i wartości świadczeń odrębnych w podziale na kategorię szpitala.	26
Wykres 19 Liczba i wartość świadczeń JGP w 2023 roku oznaczonych jako ratujące życie.	27
Wykres 20 Struktura liczby świadczeń JGP w poszczególnych zakresach w podziale na kategorię szpitala.	28
Wykres 21 Struktura wartości świadczeń JGP w poszczególnych zakresach w podziale na kategorię szpitala.	29
Wykres 22 Liczba świadczeń JGP w poszczególnych obszarach w latach 2019-2023.	30
Wykres 23 Wartość świadczeń JGP w poszczególnych obszarach w latach 2019-2023.	30
Wykres 24 Struktura liczby i wartości świadczeń JGP w poszczególnych obszarach w podziale na kategorię szpitala.	31
Wykres 25 Liczba świadczeń w poszczególnych JGP w podziale na zakres świadczeń.	33
Wykres 26 Wartość świadczeń w poszczególnych JGP w podziale na zakres świadczeń.	33

Wykres 27 Liczba świadczeń w poszczególnych JGP w podziale na kategorię szpitala.....	34
Wykres 28 Wartość świadczeń w poszczególnych JGP w podziale na kategorię szpitala.	34
Wykres 29 Struktura wiekowa populacji pacjentów.	36
Wykres 30 Struktura procentowa grup wiekowych pacjentów w podziale na grupy JGP.	37
Wykres 31 Struktura świadczeń w podziale na rozpoznania główne.....	37
Wykres 32 Struktura procentowa liczby rozpoznań w zależności od kategorii szpitala.	38
Wykres 33 Liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji neurochirurgii w latach 2020-2023.....	39
Wykres 34 Liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji ortopedii i traumatologii narządu ruchu w latach 2020-2023.....	39
Wykres 35 Liczba oddziałów neurochirurgii oraz neurochirurgii dla dzieci w poszczególnych województwach w 2023 r.....	40
Wykres 36 Liczba oddziałów chirurgii urazowo - ortopedycznej oraz chirurgii urazowo - ortopedycznej dla dzieci w poszczególnych województwach w 2023 r.	41
Wykres 37 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach neurochirurgii w latach 2018-2023.	42
Wykres 38 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach neurochirurgii dla dzieci w latach 2018-2023.	42
Wykres 39 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej w latach 2018-2023.....	43
Wykres 40 Liczba łóżek i średnie obłożenie na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci w latach 2018-2023.....	43
Wykres 41 Liczba łóżek na oddziałach neurochirurgii w podziale na województwa w latach 2021-2023.	44
Wykres 42 Liczba łóżek na oddziałach neurochirurgii dla dzieci w podziale na województwa w latach 2021-2023.....	44
Wykres 43 Liczba łóżek na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej w podziale na województwa w latach 2021-2023.....	45
Wykres 44 Liczba łóżek na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci w podziale na województwa w latach 2021-2023.....	45
Wykres 45 Liczba łóżek na oddziałach neurochirurgii oraz oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej na 10 tys. mieszkańców w podziale na województwa 2023 r.	46
Wykres 46 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział neurochirurgii.	46
Wykres 47 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział neurochirurgii dla dzieci.	47
Wykres 48 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej.....	47
Wykres 49 Średnia liczba łóżek w komórce organizacyjnej w 2023 r. – oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci.....	48
Wykres 50 Średnia liczba osób oczekujących – przypadki pilne.	49
Wykres 51 Średni czas oczekiwania [dni] – przypadki pilne.....	49
Wykres 52 Średnia liczba osób oczekujących – przypadki stabilne.....	50
Wykres 53 Średni czas oczekiwania [dni] – przypadki stabilne.....	50
Wykres 54 Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według kategorii szpitala.	65
Wykres 55 Rozrzut kosztów produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz procedur diagnostycznych (na pobyt) dla grupy zachowawczej HK15.	75

Wykres 56 Rozrzut kosztów produktów leczniczych.....	77
Wykres 57 Rozrzut kosztów wyrobów medycznych (innych niż przyjęte w zestawie eksperckim).	77
Wykres 58 Rozrzut kosztów procedur diagnostycznych (innych niż przyjęte w zestawie eksperckim).77	
Wykres 59 Struktura kosztów.....	80

8. Załączniki

1. **Załącznik nr 1** - Charakterystyka świadczeń gwarantowanych związanych z realizacją zakresu chorób kręgosłupa (kody ICD-10 i ICD-9).
2. **Załącznik nr 2** - Szczegółowe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia chorób kręgosłupa.
3. **Załącznik nr 3** - Nowy katalog grup pierwotna wersja PTCHK – charakterystyka
4. **Załącznik nr 4** - Udział procentowy zestawu grupy procedur ICD-9 rozliczanych w ramach poszczególnych grup zabiegowych.
5. **Załącznik nr 5** - Stan finansowania w innych krajach.
6. **Załącznik nr 6** - Ceny komercyjne z zakresu leczenia chorób kręgosłupa.
7. **Załącznik nr 7** – Nowy katalog grup wersja ostateczna – charakterystyka