



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Taryfikacji

„B18 – Usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki B19 – Usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki”

Opracowanie na potrzeby wydania taryfy

Nr: WT.541.4.2016

Data ukończenia: 29.04.2016

Wykaz skrótów

Agencja, AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

ICD-10 - (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

JGP - Jednorodne Grupy Pacjentów

MZ - Ministerstwo Zdrowia

nd – nie dotyczy

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

Ustawa o świadczeniach – Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.)

Spis treści

| | |
|--|-----------|
| 1. Problem decyzyjny | 4 |
| 2. Oceniane świadczenie | 5 |
| 2.1. Charakterystyka świadczenia..... | 5 |
| 2.2. Sposób oraz poziom finansowania w Polsce | 7 |
| 2.3. Analiza popytu i podaży | 14 |
| 2.4. Sposób oraz poziom finansowania w innych krajach..... | 18 |
| 2.5. Cenniki komercyjne | 21 |
| 3. Taryfa | 23 |
| 3.1. Pozyskanie danych | 23 |
| 3.2. Ustalenie taryfy..... | 24 |
| 4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej | 26 |
| 5. Kluczowe informacje i wnioski | 27 |
| 6. Źródła | 29 |
| 7. Załączniki | 30 |

1. Problem decyzyjny

Celem niniejszego opracowania jest weryfikacja wyceny gwarantowanego świadczenia opieki zdrowotnej, w oparciu o analizę kosztów przedstawionych przez świadczeniodawców, i zaproponowanie nowej taryfy odzwierciedlającej wyniki analiz.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2016 roku (MKL-IK-454532/16), w którym polecono przeprowadzenie analiz mających na celu wytypowanie grup z ujętych w planie taryfikacji na 2016 rok sekcji E, H i N oraz innych świadczeń, nieujętych w planie taryfikacji, których wycena jest niewspółmiernie wysoka bądź niewspółmiernie niska w stosunku do kosztów realizacji. Podstawę wyboru świadczeń miała stanowić ich analiza z uwzględnieniem poniższych kryteriów:

- wysoki wpływ na budżet płatnika publicznego;
- wysoka wartość jednostkowa;
- realizacja przez podmioty for-profit;
- wysoki udział kosztów leków/ wyrobów medycznych w pojedynczym świadczeniu;
- informacje od uczestników rynku;
- ocena zasadności podaży świadczeń (ryzyko wystąpienia hazardu moralnego ze strony świadczeniobiorców oraz ryzyko nadużycia ze strony świadczeniodawców).

Dla wytypowanych w ten sposób świadczeń Prezes Agencji ma ustalić wysokości taryf do dnia 30 czerwca 2016 roku. W pracach pod uwagę wziąć należy również liczbę osób oczekujących oraz czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, a także strukturę i dynamikę rynku świadczeń opieki zdrowotnej.

Wykaz świadczeń wytypowanych, zgodnie z powyższymi kryteriami, jako potencjalnie przeszacowane, został przekazany Ministrowi Zdrowia pismem z dnia 16.02.2016 r. znak: AOTMiT-WT-530-5/GS/2015. Minister w swoim piśmie z dnia 16.02.2016 r. znak: IK:490846 wyraził akceptację dla zaproponowanego przez Agencję wyboru.

Przedmiotem opracowania są świadczenia *Usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki* (grupa JGP B18) oraz *Usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki* (grupa JGP B19) finansowane w ramach rodzaju leczenia szpitalnego.

2. Oceniane świadczenie

Przedmiotem opracowania są świadczenia z rodzaju świadczeń okulistycznych: *Usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki* oraz *Usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*.

2.1. Charakterystyka świadczenia

Zaćma (łac. *cataracta*) jest chorobą oczu, objawiającą się częściowym lub całkowitym zmętnieniem soczewki wewnątrzgałkowej i pogłębiającą się utratą ostrości widzenia, która może prowadzić do całkowitej utraty wzroku. Zaćmę możemy podzielić na zaćmę nabytą i zaćmę wrodzoną. Nabyte zmiany zaćmowe powstają w wyniku procesu starzenia się organizmu (zaćma starcza) bądź innych zaburzeń w metabolizmie soczewki, wywołanych czynnikami endogennymi w przebiegu schorzeń ogólnych lub miejscowych, a także egzogennymi o charakterze fizycznym lub chemicznym (zaćma wtórna) [1]. Z kolei zaćma wrodzona występuje już w momencie urodzenia lub rozwija się w pierwszych latach życia. Aktualnie zaćma jest główną przyczyną utraty wzroku wśród ludzi na całym świecie. Poniżej przedstawiono krótki opis najczęściej występujących rodzajów zaćm [1,2]:

Zaćma wikłająca

Zaćma wtórna (wikłająca) rozwija się w skutek obecności innej, pierwotnej choroby oka, która powoduje zaburzenie metabolizmu soczewki wskutek przenikania do niej toksycznych produktów. Najczęstszą przyczyną zaćmy wikłającej jest przewlekłe i nawracające zapalenie przedniego odcinka błony naczyniowej. Do powstawania zaćmy może również prowadzić ostry atak jaskry, wysoka krótkowzroczność oraz dziedziczne dystrofie siatkówkowe.

Zaćma cukrzycowa

Zaćma cukrzycowa pojawia się u osób młodych chorych na cukrzycę w postaci drobnych zmętnień w korze soczewki typu „płatki śniegu”. Zmętnienia te mogą się wycofać samoistnie lub przejść w formę dojrzałą.

Zaćma starcza jądrowa

Zaćma starcza jest najpopularniejszą formą zaćmy nabytej, która może zacząć się rozwijać już po 40 r.ż. Zaćma jądrowa początkowo objawia się jako nasilenie fizjologicznych procesów starzenia się jądra soczewki. Stwardnienie jądra we wczesnych etapach objawia się żółtawym zabarwieniem spowodowanym odkładaniem się w jądrze urochromatycznego barwnika.

Zaćma starcza, typ Morgagniana

Jest postacią przejrzalą, w której całkowite rozpuszczenie kory prowadzi do przemieszczenia się jądra ku dołowi soczewki.

Zaćma urazowa

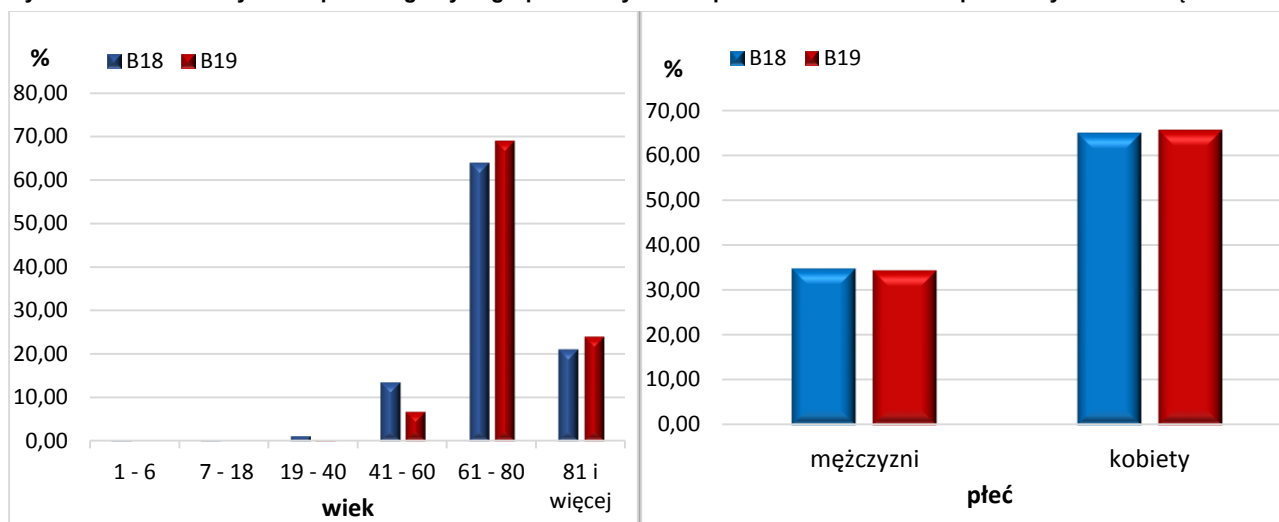
Obejmuje grupę zmętnień soczewki, wywołanych uszkodzeniami zewnątrzpochodnymi. Można do nich zaliczyć między innymi uraz penetrujący, uraz tępy, porażenie prądem i uderzenie pioruna, promieniowanie podczerwone lub jonizujące.

Wrodzona zaćma

Może występować jedno- lub obustronnie i obejmować całą soczewkę lub tylko niektóre obszary soczewki. Przyczyną jej wywołana są takie czynniki jak dziedziczenie autosomalne dominujące, aberracje chromosomalne (np. zespół Downa), toksyczne uszkodzenie płodu w okresie organogenezy promieniami jonizującymi lub lekami, zakażenia wewnątrzmaciczne wirusem (m.in. różyczki, świnki, ospy) i pasożytnicze (toksoplazmoza), zaburzenia metaboliczne (np. galaktozemia). Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w skali całego świata zaćma jest najczęstszą przyczyną odwracalnej ślepoty u ludzi. W związku z obserwowanym procesem starzenia się społeczeństwa szacuje się, że do 2020 roku liczba chorujących na zaćmę wyniesie 40 milionów [6]. Z danych GUS wynika, że na zaćmę w 2004 roku chorowało w Polsce ok. 773 tys. osób, ale już w 2014 roku liczba ta wzrosła do 800 tys. co stanowi 2,1% populacji ogółem [7]. Z analizy danych NFZ (Rysunek 1) wynika, że najczęściej zaćma występuje u osób powyżej 60. roku życia (ok. 70%

chorych na zaćmę). Analizując podział pacjentów chorych na zaćmę ze względu na płeć można zaobserwować, że aż 65% przypadków stanowią kobiety.

Rysunek 1. Procentowy udział poszczególnych grup wiekowych oraz podział w zależności od płci chorych na zaćmę



Źródło: opracowanie własne Agencji

Obecnie stosowaną metodą usuwania zaćmy z wykorzystaniem technologii rozdrobnienia soczewki i aspiracji zaćmy jest fakoemulsyfikacja. Jest to metoda zewnątrztorbkowego usunięcia zaćmy poprzez rozdrobnienie jądra soczewki pod wpływem wibracji ultradźwiękowej i wysysanie mas soczewkowych. Fakoemulsyfikacja pozwala na wykonanie bardzo małego cięcia operacyjnego, wystarczającego do wprowadzenia końcówki fakoemulsyfikatora, a następnie przyrządu do „iniekcji” zwiniętej w rulon elastycznej soczewki [1].

Do zalet usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji należy zaliczyć [2]:

- małe nacięcie, które zapewnia większe bezpieczeństwo operacji (nie dochodzi do nagłego spadku ciśnienia w oku),
- nie wymaga zakładania szwów,
- niewielki pooperacyjny astygmatyzm,
- wczesna stabilizacja refrakcji (zwykle 3 tygodnie dla 3 mm cięcia lub mniej dla cięcia 2,5 mm),
- nie występują przypadki wypadania tęczęwki.

Z kolei wady metody są następujące:

- wymaga skomplikowanej aparatury potrzebnej do emulsyfikacji i usunięcia jądra soczewki,
- wymaga sporych umiejętności operatora.

Najnowszą metodą polegającą na usunięciu zaćmy z zastosowaniem systemu laserowego jest femtofakoemulsyfikacja. W metodzie tej laser wykonuje tunele w rogówce do wprowadzenia narzędzi, kapsuloreksję oraz defragmentację jądra soczewki. Następnie chirurg przez wykonane tunele usuwa rozdrobnioną soczewkę i wszczepia nową. Do największych zalet metody zalicza się duża precyzja oraz krótki czas wykonania.

Zgodnie z rozporządzeniem Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [3] określony został rodzaj soczewki wymagany przy zabiegach usunięcia zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki ze względu na jej konstrukcję i technikę zabiegu. W przypadku zabiegów metodą fakoemulsyfikacji wymagane jest stosowanie sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej zwijalnej. Soczewki mogą być wszczepione za pomocą pęsety lub wstrzyknięte do oka za pomocą injectora. Ten ostatni sposób wszczepienia soczewki pozwala na uniknięcie kontaktu z powierzchnią oka, co zmniejsza ryzyko zanieczyszczenia bakteryjnego [2].

Ze względu na materiał, z którego są wykonane soczewki zwijalne wyróżnia się m.in. [2]:

- Soczewki silikonowe – mają dobrą biokompatybilność, wskutek czego wywołują mniejszy odczyn zapalny.
- Soczewki akrylowe – mogą być hydrofobowe (zawartość wody <1%) lub hydrofilne (zawartość wody > 18-35 %).

- Soczewki kolamerowe – zbudowane z kolagenu, kopolimeru poli-HEMA i chromoforu absorbującego promieniowanie UV.

Z kolei ze względu na cechy geometryczne soczewki można podzielić na [2]:

- Soczewki jednoogniskowe – sferyczne i asferyczne
- Soczewki wieloogniskowe (akomodacyjne) – mają na celu zapewnienie dobrego widzenia w pełnym zakresie odległości
- Soczewki toryczne – o powierzchni cylindrycznej w celu skompensowania istniejącego astygmatyzmu rogówkowego.

Wybór soczewki wewnątrzgałkowej powinien być uwarunkowany względami medycznymi, a także stylem życia i potrzebami pacjenta. Jednak według Polskiego Towarzystwa Okulistycznego powszechną praktyką w placówkach realizujących zabieg usunięcia zaćmy w ramach kontraktu z NFZ jest implantacja soczewek jednoogniskowych.

2.2. Sposób oraz poziom finansowania w Polsce

Świadczenia *Usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki* oraz *Usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki* definiuje i określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. poz. 1520 z późn. zm.) [3]. Świadczenia te mogą być udzielane w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej lub leczenia jednego dnia. Poniżej w tabeli 1 przedstawiono wymagania i warunki, które powinien spełniać świadczeniodawca podczas poszczególnych hospitalizacji. Różnice występują w wymaganiach stawianych dla personelu medycznego i organizacji udzielania świadczeń. Zaś przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie leczenia jednego dnia z zakresu świadczeń okulistycznych zawarto warunki jakie powinien spełnić świadczeniodawca.

Tabela 1. Warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji, hospitalizacji planowej oraz w trybie leczenia jednego dnia z zakresu świadczeń okulistycznych

| Warunki realizacji świadczeń | Hospitalizacja* | Hospitalizacja planowa** |
|---|---|--|
| Lekarze | 1) równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie okulistyki, albo 2) równoważnik co najmniej 1 etatu - specjalista w dziedzinie okulistyki oraz równoważnik co najmniej 1 etatu - lekarz z I stopniem specjalizacji z doświadczeniem. | Równoważnik co najmniej 1 etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie okulistyki. |
| Organizacja udzielania świadczeń | Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia – specjalista okulistyki lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w okulistyce lub lekarz w trakcie specjalizacji z okulistyki. | Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zabiegowym). |
| Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną | 1) w miejscu udzielania świadczeń: a) aparat do komputerowego badania wzroku, b) keratometr; 2) w lokalizacji: a) mikroskop operacyjny, b) aparat GDx lub HRT lub OCT, c) perymetr statyczny, d) aparat USG okulistyczny. | 1) w miejscu udzielania świadczeń: a) aparat do komputerowego badania wzroku, b) keratometr; 2) w lokalizacji: a) mikroskop operacyjny, b) aparat GDx lub HRT lub OCT, c) perymetr statyczny, d) aparat USG okulistyczny. |
| Pozostałe wymagania | 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy – w miejscu udzielania świadczeń; 2) blok operacyjny – w lokalizacji. | 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy – w miejscu udzielania świadczeń; 2) blok operacyjny – w lokalizacji. |
| Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach leczenia jednego dnia | | |
| Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną | Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną 1) mikroskop operacyjny, 2) aparat USG okulistyczny, 3) keratometr – w lokalizacji. | |
| Zapewnienie realizacji badań | Zapewnienie realizacji badań Komputerowe badanie wzroku – dostęp. | |
| * hospitalizacja – całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu albo zgonu; | | |
| ** hospitalizacja planowa – hospitalizacja wykonywana w trybie planowym; | | |
| *** leczenie jednego dnia – udzielanie świadczeń gwarantowanych świadczeniobiorcy z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. | | |

Źródło: opracowanie własne na podstawie [3].

Obecnie, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. poz. 1520 z późn. zm.) [3] – załącznik 4 – świadczeniodawców przeprowadzających zabiegi związane z leczeniem zaćmy i jaskry obowiązują warunki przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2. Dodatkowe warunki udzielania świadczeń dotyczących zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry

| Nazwa świadczenia gwarantowanego | Dodatkowe warunki realizacji świadczeń | |
|---|---|---|
| Zabiegi związane z leczeniem zaćmy i jaskry | Personel | 1) lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki z odpowiednim doświadczeniem w okulistycznych zabiegach operacyjnych; 2) lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii. |
| | Wypośażenie w sprzęt i aparaturę medyczną | W lokalizacji: 1) mikroskop operacyjny ze światłem osiowym; 2) fakoemulsyfikator w przypadku zabiegów metodą fakoemulsyfikacji, w operacjach do 3 roku życia – nóż do witrektomii przedniej; 3) mikrodiatermia; 4) fakoemulsyfikator z nożem do witrektomii przedniej lub opcjonalnie witrektom – w przypadku lentrektomii; 5) istotne materiały zużywalne: a) sztuczna soczewka wewnątrzgałkowa – zwijalna – w przypadku zabiegów metodą fakoemulsyfikacji, b) sztuczna soczewka wewnątrzgałkowa z polimetylmetakrylatu (PMMA) – w przypadku zabiegów metodami innymi niż fakoemulsyfikacja, c) wiskoelastyk; 6) laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG – w przypadku leczenia jaskry. |
| | Pozostałe wymagania | 1) całość postępowania medycznego obejmuje kontrolną poradę specjalistyczną po zabiegu, w tym: a) ocenę ostrości wzroku do dali i bliży, b) badanie przedniego i tylnego odcinka oka w lampie szczelinowej, c) ocenę dna oka, d) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego; 2) kwalifikacja do zabiegu usunięcia zaćmy odbywa się zgodnie ze standardami Polskiego Towarzystwa Okulistycznego (nie dotyczy dzieci); 3) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia prowadzi rejestr pacjentów po zabiegu związanym z leczeniem zaćmy dostępny za pomocą aplikacji internetowej. |

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Dz.U. poz. 1520 z późn. zm.)

Zasada kontraktowania i rozliczania świadczeń zostały określone w Zarządzeniu nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, z późn. zm. (tekst ujednolicony: Zarządzenie nr 110/2015/BP Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2015 r.) [4,5].

Od 2014 roku rozliczenie świadczeń związanych z leczeniem zaćmy odbywa się w ramach grup JGP:

B18 – Usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki

B19 – Usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki

Pacjent jest kwalifikowany do konkretnej grupy na podstawie rozpoznania i wykonanych procedur zabiegowych przedstawionych w poniższej tabeli 3.

Tabela 3. Charakterystyka grup JGP B18 i B19

| B18 Usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki |
|---|
| ICD-9 |
| 13.192 Krioelekstrakcja soczewki |
| 13.193 Usunięcie zaćmy przez odessanie |
| 13.194 Usunięcie soczewki nieokreślone inaczej |
| 13.3 Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki przez prostą aspirację i wypłukanie |
| 13.42 Rozdrobnienie soczewki i aspiracja zaćmy z dojścia tylnego |
| 13.49 Rozdrobnienie soczewki i aspiracja zaćmy - inne |
| 13.59 Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki - inne |
| 13.69 Usunięcie zaćmy - inne |
| 11.651 Przeszczep rąbka rogówki z autoprzeszczepem |
| 11.652 Przeszczep rąbka rogówki z alloprzeszczepem |

| |
|--|
| 13.71 Wszczepienie soczewki przy usunięciu zaćmy (jednoetapowe) |
| ICD-10 |
| H26.0 Zaćma dziecięca, młodzieńcza i przedstarca |
| H26.1 Zaćma urazowa |
| H26.2 Zaćma wklajająca |
| H26.3 Zaćma polekowa |
| H27.1 Przemieszczenie soczewki |
| Q12.0 Wrodzona zaćma |
| H28.0 Zaćma cukrzycowa (E10-E14+ z wspólną czwartą częścią .3) |
| H28.1 Zaćma w innych endokrynnych, pokarmowych i metabolicznych zaburzeniach |
| H28.2 Zaćma w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej |
| H28.8 Inne zaburzenia soczewki w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej |
| B19 Usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki |
| ICD-9 |
| 13.2 Linijne zewnętrzne usunięcie soczewki |
| 13.3 Zewnętrzne usunięcie soczewki przez prostą aspirację i wytlukanie |
| 13.49 Rozdrobnienie soczewki i aspiracja zaćmy - inne |
| 13.51 Zewnętrzne usunięcie soczewki z dojścia skroniowego dolnego |
| 13.59 Zewnętrzne usunięcie soczewki - inne |
| 13.69 Usunięcie zaćmy - inne |
| 11.651 Przeszczep rąbka rogówki z autoprzeszczepem |
| 11.652 Przeszczep rąbka rogówki z alloprzeszczepem |
| 13.71 Wszczepienie soczewki przy usunięciu zaćmy (jednoetapowe) |
| ICD-10 |
| H25.0 Zaćma starcza początkowa |
| H25.1 Zaćma starcza jądrowa |
| H25.2 Zaćma starcza, typ Morgagniana |
| H25.8 Inne postacie zaćmy starczej |
| H25.9 Zaćma starcza, nieokreślona |
| H26.8 Inne określone postacie zaćmy |
| H26.9 Zaćma, nieokreślona |
| H27.8 Inne określone zaburzenia soczewki |
| H27.9 Zaburzenia soczewki, nieokreślone |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Zarządzenie nr 89/2013/BP Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. z późn. zm.

Każdej grupie przyporządkowana jest wycena punktowa, która zależy od trybu udzielania świadczenia (hospitalizacja, hospitalizacja planowa lub leczenie jednego dnia). Poniżej w tabeli 4 przedstawiono obowiązujące wartości punktowe.

Tabela 4. Zasady rozliczania świadczeń JGP B18 i B19

| Kod produktu | Nazwa grupy | Wartość punktowa - hospitalizacja | Wartość punktowa - hospitalizacja planowa | Wartość punktowa - "leczenie jednego dnia" | Wartość punktowa hospitalizacji < 2 dni - typ umowy hospitalizacja/hospitalizacja planowa |
|-----------------|---|-----------------------------------|---|--|---|
| 5.51.01.0002018 | Usunięcie zaćmy powikłanej zjednoczesnym wszczepieniem soczewki | 53 | 50 | 47 | 47 |
| 5.51.01.0002019 | Usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki | 43 | 43 | 43 | |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Zarządzenie nr 89/2013/BP Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. z późn. zm.

Podstawą udzielania świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest zawarta umowa pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Umowa jest zawierana w postępowaniu konkursowym lub w trybie rokowań.

Koszty leczenia zaćmy stanowią istotną część ogółu kosztów przeznaczonych na świadczenia z zakresu okulistyki. Na ich wysokość wpływa duża częstotliwość występowania zaćmy w populacji, co prowadzi do czasowej, a w skrajnych przypadkach trwałej niezdolności do pracy. W tabeli 5 przedstawiono udział procentowy wykonanych świadczeń w roku 2014 w poszczególnych grupach B w zakresie okulistyki.

Tabela 5. Udział procentowy wykonanych świadczeń w poszczególnych grupach B w zakresie okulistyki w roku 2014

| Grupa | Udział % | Liczba wykonanych świadczeń |
|---|----------|-----------------------------|
| B19 Usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki | 39,05 | 134 224 |
| B18 Usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki | 25,20 | 86 625 |
| B98 Leczenie zachowawcze okulistyczne | 9,18 | 31 565 |
| B1,B4,B5,B6,B11,B23,B24,B32,B42,B43,B52,B53,B72,B73,B74,B81,B82,B83 Pozostałe grupy, których poszczególny udział nie przekroczył 1% | 7,34 | 25 214 |
| B34,B44,B63,B84,B94 Pozostałe grupy, których poszczególny udział znajduje się w przedziale 1- 2% | 6,34 | 21781 |
| B2 Leczenie wysiękowej postaci AMD werteporfiną przy zastosowaniu terapii fotodynamicznej | 5,96 | 20 473 |
| B17 Zabiegi z wykonaniem witekotomii, w tym wieloproceduralne | 2,55 | 8 761 |
| B16 Zabiegi z wykonaniem witekotomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne | 2,34 | 8 045 |
| B33 Średnie zabiegi na aparacie ochronnym oka | 2,05 | 7 052 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia

Łączna kwota zawartych umów dotyczących świadczeń z zakresu okulistyki w roku 2014 wyniosła 863 599 508 zł (tabela 6), co stanowi 1,3% środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym NFZ na 2014 rok. Z kolei łączna kwota zrealizowanych świadczeń z grupy B18 w roku 2014 wyniosła 230 300 202 zł, co stanowi 27% środków w zakresie okulistyki, a w grupie B19 308 048 344 zł, co stanowi 36 % w zakresie okulistyki. Zatem łącznie udział środków przeznaczonych na leczenie zaćmy w całkowitych środkach przeznaczonych na świadczenia okulistyczne wyniósł 62%.

Liczba i wartość podpisanych umów w latach 2014 - 2015

Według danych z NFZ w 2014 r. podpisano 242 umowy ze świadczeniodawcami w grupie B18 i z 249 świadczeniodawcami w grupie B19, a w 2015 r. – 232 w grupie B18 i 242 w grupie B19. W tabeli 6 przedstawiono jak się rozkłada liczba świadczeniodawców przeprowadzających zabieg usunięcia zaćmy w podziale na tryb realizacji świadczenia.

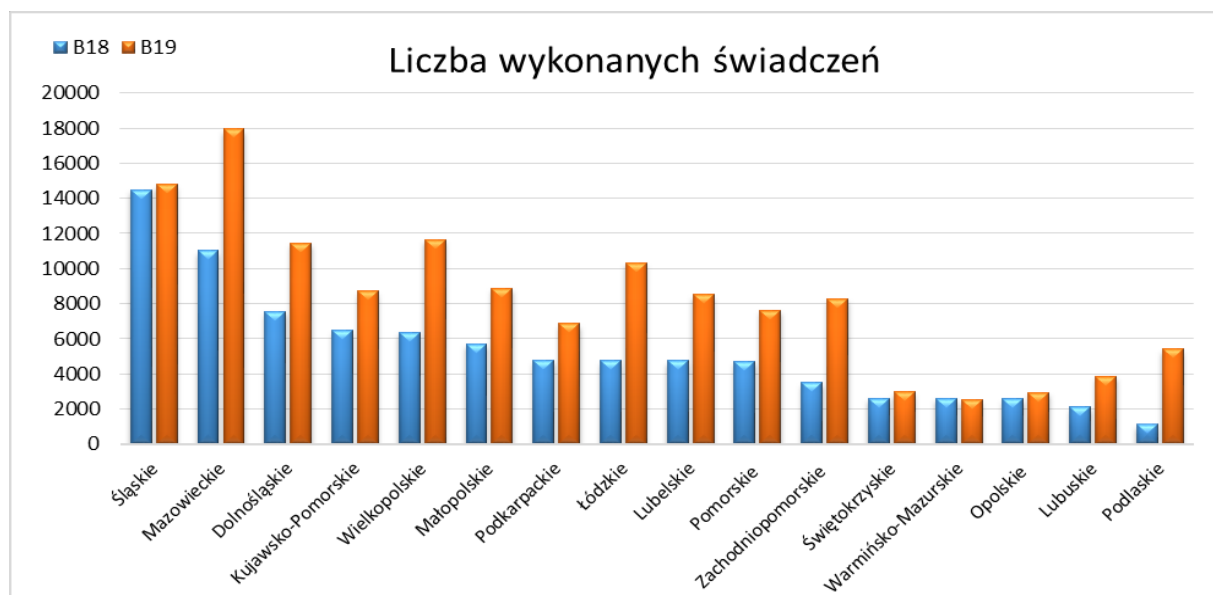
Tabela 6. Liczba ośrodków realizujących świadczenie usunięcia zaćmy w 2014 roku z podziałem na tryb realizacji umów

| ZAKRES | B18 | B19 |
|--|-----|-----|
| Okulistyka - hospitalizacja | 120 | 120 |
| Okulistyka - hospitalizacja planowa | 42 | 44 |
| Okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia | 81 | 88 |
| Razem | 242 | 249 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia

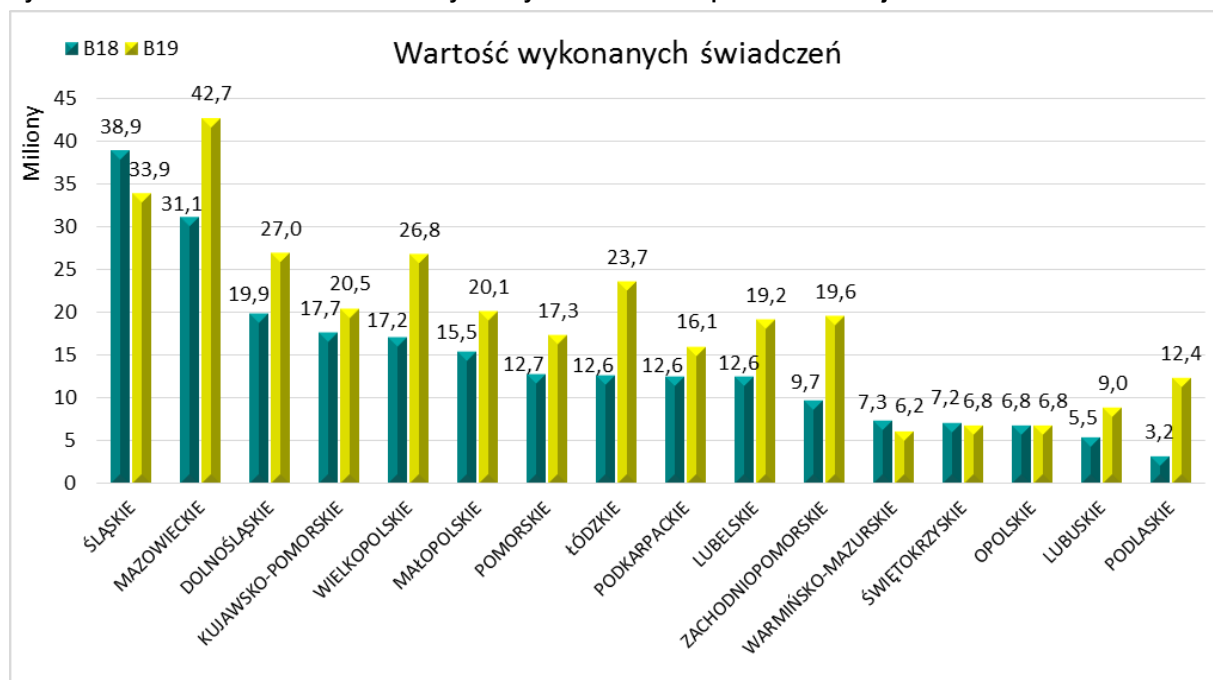
W roku 2014 największa liczba świadczeń w grupie B18 została wykonana w województwie śląskim – ok. 14,5 tys. o wartości prawie 40 mln. zł, z kolei w grupie B19 najwięcej świadczeń – prawie 18 tys., zostało wykonanych w województwie mazowieckim o wartości ponad 42 mln. zł (rysunek 2, 3).

Rysunek 2. Liczba świadczeń B18 i B19 wykonanych w 2014 roku z podziałem na województwa.



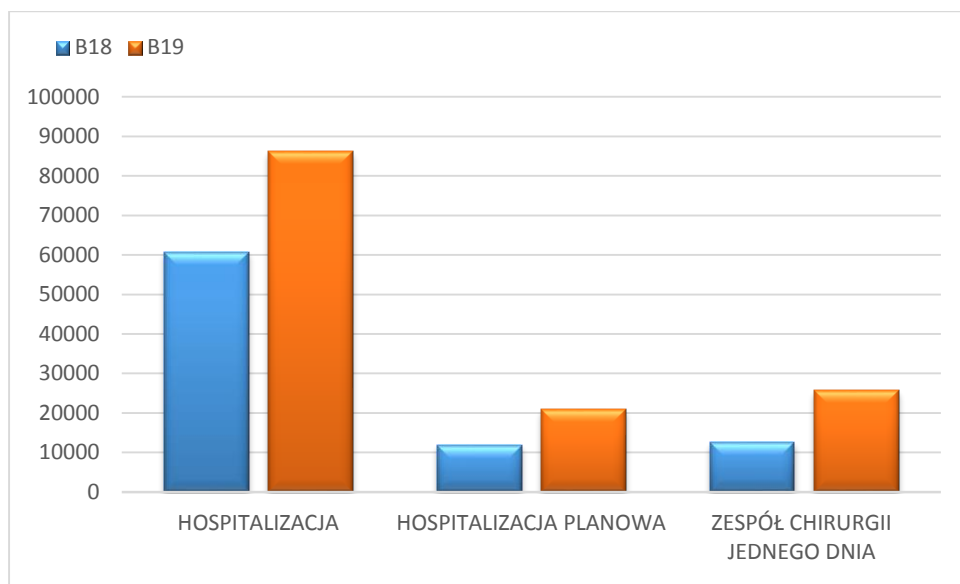
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia

Rysunek 3. Wartość świadczeń B18 i B19 wykonanych w 2014 roku z podziałem na województwa.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia

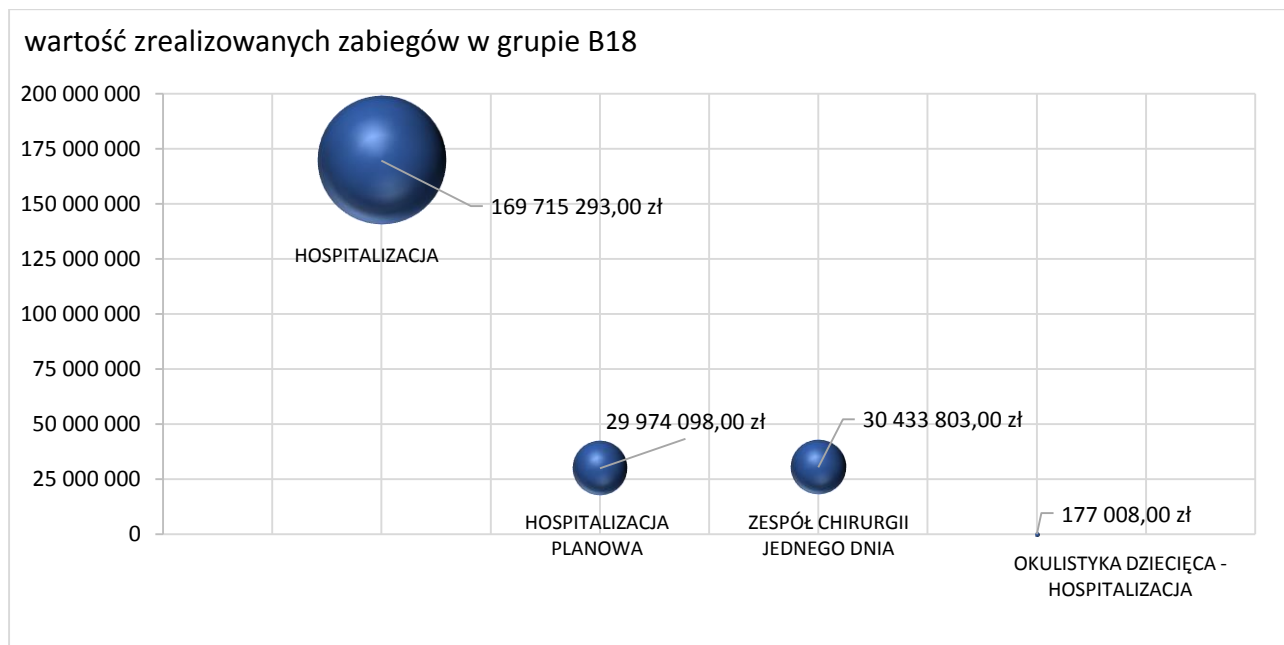
Z kolei na rysunku 4 przedstawiono rozkład świadczeń B18 i B19 w roku 2014 w podziale na typ umowy.

Rysunek 4. Liczba wykonanych zabiegów w grupach B18 i B19 w 2014 roku w podziale na tryb udzielania świadczenia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia

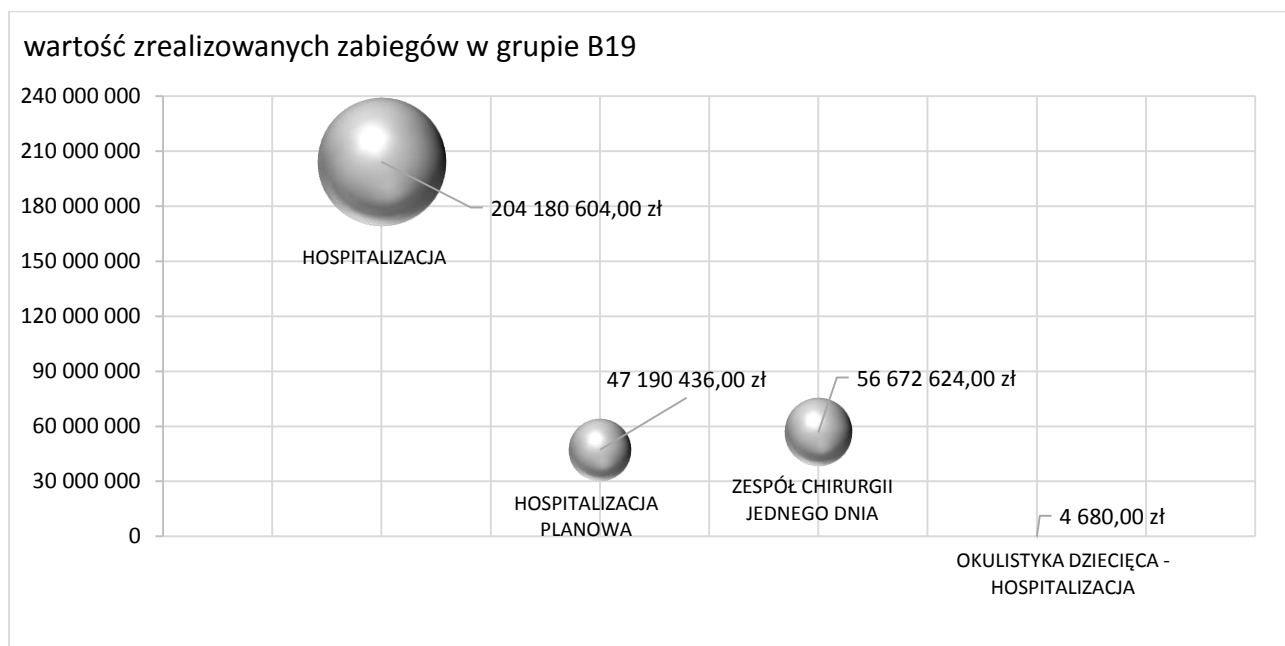
Koszt realizacji umów

Na poniższym Rysunkach 5 i 6 przedstawiono wartość świadczeń zrealizowanych w 2014 roku z podziałem na tryb udzielania świadczenia (hospitalizacja, hospitalizacja planowa lub leczenie jednego dnia). Najbardziej kosztownym trybem realizacji świadczeń jest hospitalizacja, która pochłania ok. 170 mln zł w grupie B18 i ok. 200 mln. zł w grupie B19. Rozkład kosztów w pozostałych trybach realizacji świadczeń jest porównywalny w grupie B18, z kolei w grupie B19 można zaobserwować niewielką przewagę zespołu chirurgii jednego dnia nad hospitalizacją planową.

Rysunek 5. Wartość świadczeń B18 zrealizowanych w 2014 roku w podziale na typ umowy

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia

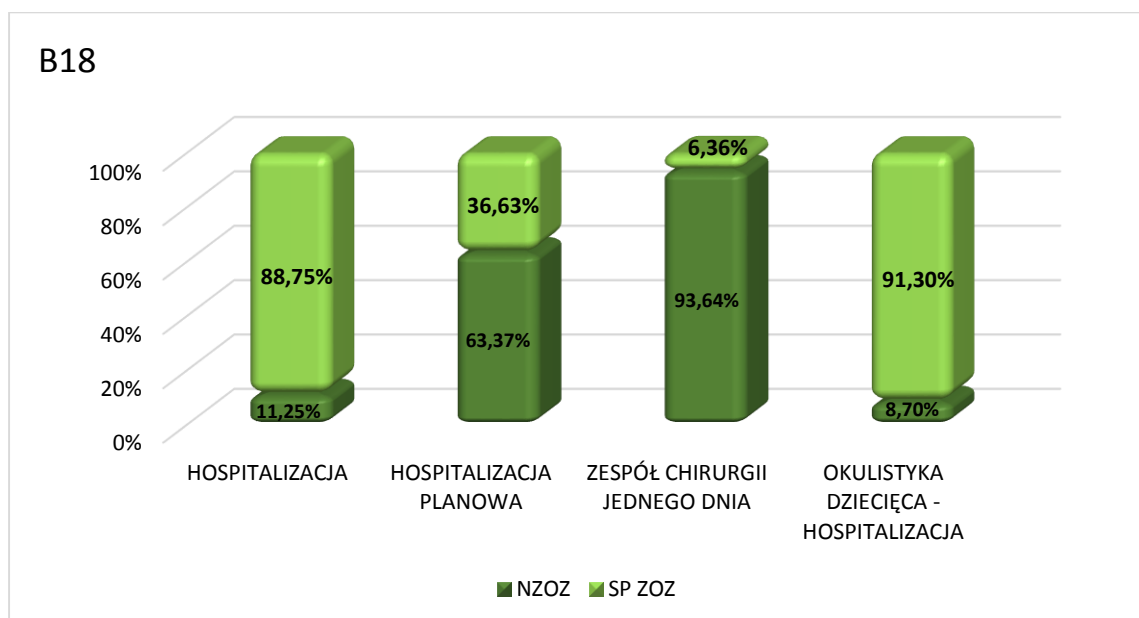
Rysunek 6. Wartość świadczeń B19 zrealizowanych w 2014 roku w podziale na typ umowy



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia

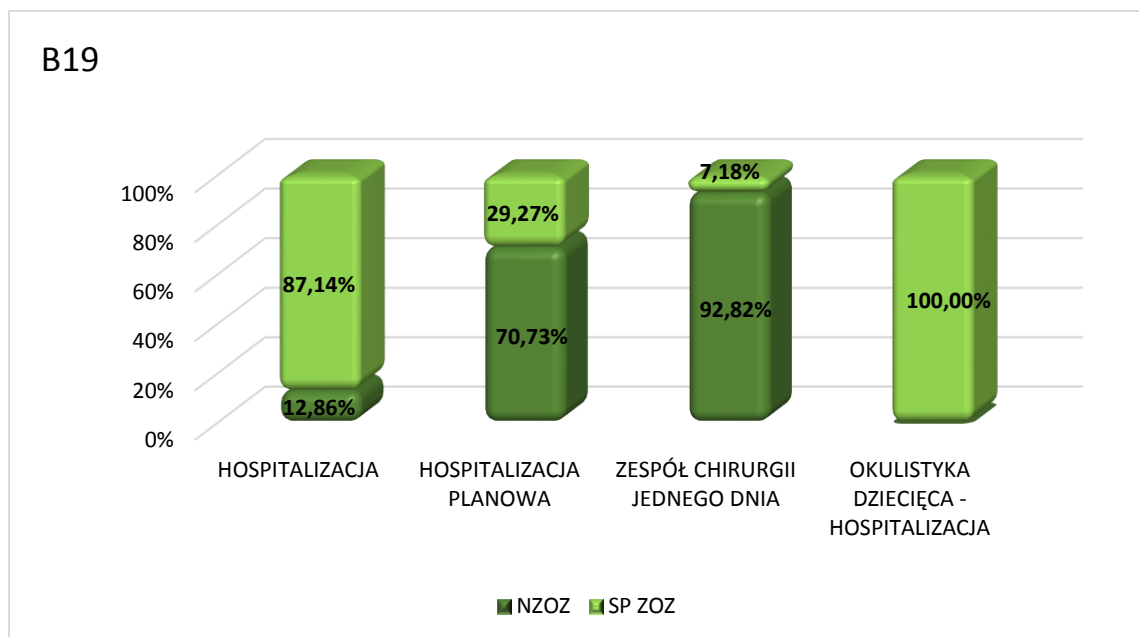
Podjęto też próbę przeanalizowania jak się rozkładają liczby wykonywanych świadczeń w zależności od profilu szpitala. Na rysunku 7 i 8 przedstawiono udział procentowy poszczególnych jednostek w łącznej liczbie wykonanych świadczeń w podziale na tryb realizacji umowy. Łatwo zauważyć, że największy udział w trybie hospitalizacja i okulistyka dziecięca – hospitalizacja stanowią SP ZOZy – zarówno w grupie B18 jak B19. Z kolei tryb zespół chirurgii jednego dnia jest w ponad 90% realizowany przez NZOZ.

Rysunek 7. Udział procentowy wykonywanych zabiegów usunięcia zaćmy przez NZOZ-y i SP ZOZ-y w łącznej liczbie zrealizowanych świadczeń w podziale na tryb realizacji umowy (B18)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia

Rysunek 8. Udział procentowy wykonywanych zabiegów usunięcia zaćmy przez NZOZ-y i SP ZOZ-y w łącznej liczbie zrealizowanych świadczeń w podziale na tryb realizacji umowy (B19)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia

2.3. Analiza popytu i podaży

W trakcie prac analitycznych podjęta została próba dokonania oceny popytu na świadczenia opieki zdrowotnej oraz podaży tych świadczeń. Przez popyt 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, a także potencjał do realizacji tych świadczeń wyrażony wielkością posiadanej infrastruktury i zatrudnionego personelu.

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 „Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne”. Lista oczekujących prowadzona jest zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Należy jednak mieć na względzie fakt, iż listy oczekujących prowadzone są, poza kilkoma wyjątkami, do komórki organizacyjnej (oddziału, pracowni), a nie do konkretnego świadczenia. Dlatego też uzyskanie dokładnych i miarodajnych informacji w tym zakresie jest niemożliwe.

Mając na uwadze powyższe, w celu najlepszego przybliżenia poziomu dostępności do świadczeń, pod uwagę wzięte zostały dane ze wszystkich komórek organizacyjnych realizujących taryfikowane świadczenie, w proporcji odpowiadającej udziałowi w realizacji świadczeń wg statystyk Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dodatkowym źródłem informacji o dostępności do świadczeń medycznych było zestawienie tworzone cyklicznie raz na cztery miesiące przez Fundację Watch Health Care. Publikowane dane dotyczą 43 dziedzin medycyny, w obrębie których wyszczególniono wybrane świadczenia, które w opinii autorów są ważne z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa.

Od strony podaży, oszacowanie potencjału do realizacji taryfikowanych świadczeń zostało oparte o analizę liczby podmiotów realizujących dane świadczenie, liczby łóżek oraz liczby lekarzy specjalistów z danej dziedziny medycyny. Korzystano z publicznie dostępnych źródeł informacji, takich jak sprawozdania podmiotów medycznych gromadzone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Liczba łóżek oraz poziom ich wykorzystania oszacowane zostały na podstawie danych publikowanych w „Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia”. W celu określenia potencjału do realizacji świadczeń dokonano również analizy trendu i zmian liczby lekarzy zatrudnionych w podmiotach realizujących taryfikowane świadczenia.

Dostępność zasobów

W poniższych tabelach i na wykresie przedstawiono trendy w liczbie i wykorzystaniu łóżek szpitalnych w oddziałach okulistycznych. Można zauważyć, iż w latach 2007-2010 nastąpiło istotne zmniejszenie liczby łóżek z prawie 3,5 tys. do 3 270, po czym nastąpiła względna stabilizacja. Podobny trend obserwowany jest w odniesieniu do wykorzystania łóżek. Należy również stwierdzić, że obłożenie łóżek okulistycznych na poziomie 45% jest bardzo niskie.

Tabela 7. Liczba łóżek okulistycznych w Polsce

| Działalność szpitali stacjonarnych ogólnych: liczba bezwzględna łóżek w oddziale: | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Oddział okulistyczny - I. łóżek | 3 456 | 3 388 | 3 313 | 3 270 | 3 328 | 3 253 | 3 298 | 3 285 |

Zródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za lata 2007-2014. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Tabela 8. Wykorzystanie łóżek (w %) w oddziale okulistycznym

| Działalność szpitali stacjonarnych ogólnych: wykorzystanie łóżek (%) w oddziale: | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Oddział okulistyczny - wykorzystanie łóżek | 46,9 | 50,1 | 49,3 | 46,7 | 44,4 | 44,1 | 44,8 | 45,3 |

Zródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za lata 2007-2014. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Rysunek 9. Liczba i wykorzystanie łóżek w oddziale okulistycznym



W odniesieniu do liczby lekarzy okulistów należy zauważyć, że po wyraźnym załamaniu w latach 2009-2010 aktualne zatrudnienie w placówkach ochrony zdrowia jest porównywalne z tym z 2007 roku, na poziomie blisko 2,5 tys.

Tabela 9. Lekarze specjaliści zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia z zakresie okulistyki

| Lekarze specjaliści zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia z zakresie: | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Okulistyki | 2489 | 2418 | 2281 | 2288 | 2396 | 2440 | 2382 | 2497 |

Zródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za lata 2007-2014. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Rysunek 10. Liczba lekarzy specjalistów zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia z zakresie okulistyki

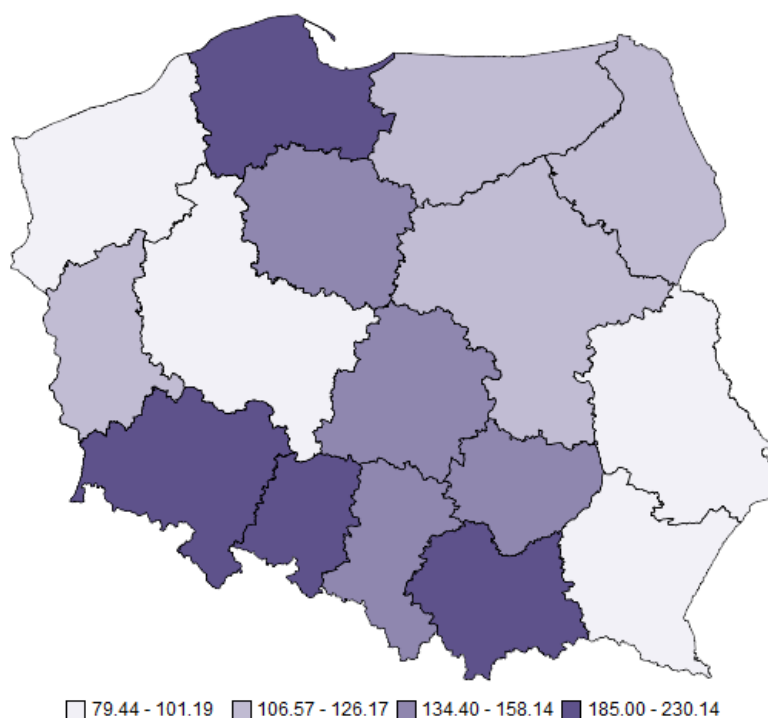


Kolejki oczekujących

Według danych NFZ z marca 2016 roku, w skali kraju, średni czas oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy wynosi ok. 4 miesiące w przypadkach pilnych i ok. 20 miesięcy w przypadkach stabilnych. Na rysunku 11 zamieszczono mapę obrazującą, jak rozkłada się czas oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy w poszczególnych województwach.

Rysunek 11. Czas oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy w skali Polski (dane z marca 2016 r.)

Przypadek pilny



Przypadek stabilny



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia

Średni czas oczekiwania na zabieg w trybie pilnym w marcu 2016 r. wynosił od ok. 2 miesięcy w województwie zachodniopomorskim do ok. 7 miesięcy w województwie małopolskim. W przypadkach stabilnych najdłużej oczekuje się na zabieg w województwach dolnośląskim i opolskim – ok. 2,5 roku, i w województwie świętokrzyskim – ok. 2 lat, a najkrócej w województwach lubelskim i zachodniopomorskim około jednego roku.

Średnia liczba oczekujących przypadających na jednego świadczeniodawcę wyniosła w marcu 2016 r. 2 060,544 osoby w przypadkach stabilnych i 97,716 osoby w przypadkach pilnych. Najmniej oczekujących średnio w kolejce przypadków pilnych jest w województwie warmińsko-mazurskim (12), wielkopolskim (25,33), zachodniopomorskim (25,77), najwięcej w: opolskim (638), dolnośląskim (210,48) i lubuskim (197,17). Najmniejsze średnie liczby oczekujących przypadków stabilnych obserwuje się w województwie lubelskim (894,11) i wielkopolskim (929,77), największe w województwie opolskim (4 584,25) i dolnośląskim (3 288,29).

Tabela 10. Dane dotyczące czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy w poszczególnych województwach w okresie listopad 2015 – marzec 2016

| Województwo | Średnia liczba osób oczekujących | | | | | Średni czas oczekiwania (w dniach) | | | | |
|------------------------|----------------------------------|---------|---------|---------|---------|------------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| | 11.2015 | 12.2015 | 01.2016 | 02.2016 | 03.2016 | 11.2015 | 12.2015 | 01.2016 | 02.2016 | 03.2016 |
| Przypadki pilne | | | | | | | | | | |
| Dolnośląskie | 217,30 | 208,10 | 210,00 | 211,19 | 210,48 | 230,00 | 244,10 | 222,90 | 203,33 | 197,57 |
| Kujawsko-pomorskie | 109,22 | 108,28 | 109,22 | 106,72 | 102,83 | 165,06 | 145,28 | 152,39 | 158,17 | 152,67 |
| Lubelskie | 61,61 | 64,11 | 61,22 | 61,72 | 60,67 | 80,00 | 79,17 | 87,67 | 88,33 | 90,50 |
| Lubuskie | 210,83 | 199,33 | 200,83 | 202,00 | 197,17 | 133,83 | 132,83 | 128,67 | 130,33 | 126,17 |
| Łódzkie | 95,35 | 89,55 | 82,45 | 82,65 | 86,25 | 160,45 | 166,90 | 138,85 | 135,40 | 134,40 |
| Małopolskie | 67,81 | 68,52 | 74,52 | 77,57 | 73,86 | 189,14 | 195,24 | 217,62 | 229,19 | 230,14 |
| Mazowieckie | 140,52 | 143,52 | 150,09 | 144,78 | 148,22 | 107,30 | 108,74 | 100,61 | 104,83 | 109,70 |
| Opolskie | 391,00 | 393,75 | 363,00 | 369,00 | 368,00 | 209,75 | 205,25 | 177,75 | 189,00 | 197,75 |
| Podkarpackie | 109,87 | 118,93 | 117,07 | 116,47 | 111,80 | 122,73 | 115,00 | 103,40 | 97,60 | 99,73 |
| Podlaskie | 67,29 | 67,29 | 70,57 | 73,14 | 70,14 | 93,57 | 110,86 | 109,29 | 119,00 | 116,00 |
| Pomorskie | 98,62 | 91,23 | 92,92 | 90,62 | 92,31 | 200,85 | 210,08 | 215,92 | 212,54 | 185,00 |

| Województwo | Średnia liczba osób oczekujących | | | | | Średni czas oczekiwania (w dniach) | | | | |
|---------------------------|----------------------------------|---------|---------|---------|---------|------------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| | 11.2015 | 12.2015 | 01.2016 | 02.2016 | 03.2016 | 11.2015 | 12.2015 | 01.2016 | 02.2016 | 03.2016 |
| Śląskie | 77,77 | 78,60 | 68,83 | 71,71 | 73,71 | 179,63 | 162,66 | 145,97 | 137,94 | 138,46 |
| Świętokrzyskie | 108,29 | 111,00 | 112,14 | 112,43 | 113,71 | 140,86 | 155,00 | 157,57 | 160,43 | 158,14 |
| Warmińsko-mazurskie | 13,43 | 11,00 | 12,29 | 12,86 | 12,00 | 207,86 | 195,29 | 211,43 | 94,71 | 106,57 |
| Wielkopolskie | 26,77 | 25,88 | 25,81 | 24,62 | 25,77 | 118,35 | 115,73 | 109,35 | 108,04 | 101,19 |
| Zachodniopomorskie | 27,67 | 23,67 | 23,33 | 25,89 | 25,33 | 73,00 | 84,22 | 77,22 | 83,33 | 79,44 |
| Przypadki stabilne | | | | | | | | | | |
| Dolnośląskie | 3267,35 | 3273,52 | 3282,62 | 3287,52 | 3288,29 | 963,55 | 993,48 | 993,19 | 1000,38 | 997,29 |
| Kujawsko-pomorskie | 1563,33 | 1555,94 | 1572,33 | 1559,61 | 1551,83 | 453,56 | 475,56 | 492,00 | 533,94 | 510,67 |
| Lubelskie | 909,67 | 906,33 | 920,28 | 907,44 | 894,11 | 342,61 | 349,22 | 356,00 | 365,22 | 344,94 |
| Lubuskie | 1500,83 | 1482,17 | 1483,17 | 1486,00 | 1476,83 | 528,50 | 548,17 | 567,17 | 564,00 | 560,00 |
| Łódzkie | 2231,50 | 2162,25 | 2171,05 | 2175,55 | 2190,90 | 669,70 | 674,25 | 657,60 | 657,90 | 668,85 |
| Małopolskie | 2094,19 | 2112,95 | 2136,33 | 2135,81 | 2147,19 | 682,62 | 679,19 | 672,43 | 678,14 | 689,90 |
| Mazowieckie | 2511,26 | 2551,65 | 2595,39 | 2622,22 | 2656,00 | 500,09 | 503,00 | 509,61 | 513,35 | 522,00 |
| Opolskie | 4622,25 | 4686,50 | 4667,75 | 4614,50 | 4584,25 | 937,50 | 937,25 | 931,00 | 904,00 | 906,75 |
| Podkarpackie | 1405,07 | 1420,07 | 1405,73 | 1384,07 | 1372,73 | 439,40 | 454,60 | 443,47 | 436,33 | 433,67 |
| Podlaskie | 2285,71 | 2296,57 | 2316,29 | 2302,71 | 2299,00 | 502,14 | 518,29 | 507,57 | 522,71 | 526,57 |
| Pomorskie | 2506,23 | 2504,00 | 2501,85 | 2512,46 | 2522,08 | 633,38 | 652,92 | 662,38 | 661,15 | 650,38 |
| Śląskie | 2364,43 | 2363,26 | 2369,14 | 2369,26 | 2372,49 | 718,20 | 717,86 | 711,49 | 721,86 | 725,71 |
| Świętokrzyskie | 2313,57 | 2328,00 | 2345,57 | 2344,57 | 2354,57 | 787,00 | 793,57 | 805,71 | 791,43 | 782,14 |
| Warmińsko-mazurskie | 2447,43 | 2446,57 | 2451,71 | 2464,29 | 2472,71 | 645,43 | 664,43 | 661,29 | 678,00 | 669,71 |
| Wielkopolskie | 905,04 | 918,00 | 937,35 | 933,12 | 929,77 | 400,73 | 400,88 | 399,08 | 412,54 | 417,12 |
| Zachodniopomorskie | 1678,22 | 1650,00 | 1651,22 | 1628,33 | 1598,56 | 420,11 | 425,44 | 420,56 | 410,22 | 394,78 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia

Całkowita liczba oczekujących na zabiegi usunięcia zaćmy wyniosła w marcu 2016 r. prawie 24,5 tys. dla przypadków pilnych oraz ponad 515 tys. dla przypadków stabilnych.

Tabela 11. Liczba oczekujących na zabiegi usunięcia zaćmy w okresie listopad 2015 r. – marzec 2016 r.

| Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) | 11.2015 | 12.2015 | 01.2016 | 02.2016 | 03.2016 |
|-------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| przypadki pilne | 24 733 | 24 707 | 24 420 | 24 464 | 24 429 |
| przypadki stabilne | 508 096 | 511 792 | 514 907 | 514 537 | 515 136 |

Według badań Fundacji Watch Health Care, średni czas oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy wyniósł w okresie luty/marzec 2016 r. 24,9 miesięcy.

Tabela 12. Średni czas oczekiwania [w miesiącach] wg Fundacji Watch Health Care

| Średni czas oczekiwania [w miesiącach] | XII 2011 / I 2012 | II/III 2012 | V/VI 2012 | X/XI 2012 | II/III 2013 | V/VI 2013 | X/XI 2013 | II/III 2014 | V/VI 2014 | X/XI 2014 | II/III 2015 | V/VI 2015 | X/XI 2015 | II/III 2016 |
|--|-------------------|-------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------|-------------|
| zabieg usunięcia zaćmy | 26,1 | 24,7 | 19,2 | 30 | 29,3 | 32,2 | 22,3 | 26,2 | 25,6 | 27,5 | 28,1 | 24,9 | 18,5 | 24,9 |

Źródło: Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce za okres 2012-2016. Fundacja Watch Health Care.

2.4. Sposób oraz poziom finansowania w innych krajach

Anglia

Niemal wszystkie świadczenia szpitalne w ramach Narodowej Służby Zdrowia (ang. National Health Service; NHS) zostały wykupione przez Fundusze Opieki Podstawowej (ang. Primary Care Trusts; PCT), z których każdy obsługuje od 300 000 do 350 000 osób. PCT mogą nabywać usługi planowe od każdego szpitala lub zakładu opieki zdrowotnej w Anglii, w tym także od prywatnych świadczeniodawców. Za świadczenia objęte systemem finansowania prospektywnego, określanym jako Payment by Results (PbR, płatności zależne od wyników), fundusze PCT płacą szpitalom określoną cenę (stawkę taryfową) za każdego leczonego pacjenta. W odniesieniu do świadczeń nieobjętych PbR, takich jak ochrona zdrowia psychicznego lub drogie środki farmaceutyczne, PCT i szpitale podpisują kontrakty uwzględniające określoną liczbę świadczeń, a ceny są negocjowane lokalnie [8].

Healthcare Resource Groups (HRG), będące angielskim odpowiednikiem *diagnosis – related groups* (DRG), umożliwiają analizę zarówno działalności szpitala jak i generowanych kosztów. Wszystkich przyjmowanych do szpitala pacjentów klasyfikuje się do odpowiednich grup HRG, podobnych klinicznie i jednorodnych pod względem ilości wykorzystywanych zasobów. Fundusze przyznaje się odpowiednio na podstawie procedur, którym pacjent został poddany (jeżeli miało to miejsce), rozpoznania podstawowego, wieku oraz zakresu powikłań. Obecny system, znany jako HRG4, obejmuje blisko 1400 grup (w 22 „działach”). System HRG4 czerpie z klasyfikacji chorób ICD – 10 (wydanie X) oraz kodów procedur OPCS-4.5 [8].

Kody w ramach HRG4 składają się z pięciu znaków (AANNA). Pierwsze dwa znaki odpowiadają za dział/poddział (np. BZ = oczy i okostna oczodołu, procedury i zaburzenia). Wymienione następnie dwie cyfry oznaczają numer HRG w dziale (np. BZ06A = operacje gałki ocznej 2. kategorii: 19 lat i więcej). Ostatni znak (BZ06A) oznacza zbiór w ramach danego epizodu (np. zbiór odpowiadający danej grupie wiekowej lub ciężkości stanu pacjentów). Ogólnie rzecz ujmując, kod „A” oznacza większe wykorzystanie zasobów niż kod „B”, który z kolei wskazuje na większe wykorzystanie zasobów niż kod „C”. Grupa HRG zakończona literą „Z” wskazuje, że nie odnosi się do niej żaden ze zbiorów. Jeżeli epizodu nie da się sklasyfikować ze względu na niewystarczającą ilość danych lub problem z ich potwierdzeniem, przydziela się go do „niekodowanej” HRG (np. UZ01Z) [8].

HRG4 korzysta z ulepszonego sposobu mapowania CC, dzięki czemu przypisana grupa HRG lepiej odzwierciedla dodatkowe koszty w bardziej złożonych przypadkach. Wiele grup HRG zawiera trzy podzbiory związane ze skalą złożoności: „bez CC”, „średniozaawansowane CC” (ang. *intermediate CC*) oraz „znaczące CC” (ang. *major CC*). Przypadki, w których nie odnotowano istotnych rozpoznań drugorzędnych, są przyporządkowywane do wariantu „bez CC” w ramach odpowiedniej grupy HRG, odpowiadającemu kategorii o najmniejszym wykorzystaniu zasobów [8].

Pobyt w szpitalu, od przyjęcia do wypisu ze szpitala (zgonu), jest rozliczany zgodnie z odpowiednią grupą HRG. Jeśli w ramach pobytu w szpitalu udzielonych jest więcej niż jedno świadczenie, dominujący epizod zostaje zastosowany / zakodowany.

Taryfy są ustalane/ zależą od średnich kosztów świadczenia w kraju (wszyscy świadczeniodawcy są zobowiązani raportować wysokość poniesionych kosztów), po dostosowaniu/ uwzględnieniu zmiany kosztów w czasie wynikającej z takich czynników jak pojawienie się lub zmiana technologii w czasie oraz m.in. różnice w kosztach pomiędzy poszczególnymi obszarami kraju.

Taryfy obejmują wszystkie koszty (koszt procedury, a także koszt hospitalizacji, leków i badań diagnostycznych). Szczególnie kosztochłonne procedury/świadczenia są wyodrębnione i rozliczane dodatkowo (w tych przypadkach do głównej grupy HRG można dodać kod dodatkowej grupy). Dla wybranych świadczeń brak taryfy ogólnokrajowej i wskazane są taryfy nieobowiązkowe (cena świadczenia może być negocjowana lokalnie).

Tabela 13. Wycena świadczeń zaćmy w Anglii

| Grupa HRG | Nazwa grupy HRG | Taryfa łączona <i>day case/elective</i> (Combined <i>day case / ordinary</i>) | Długość hospitalizacji – <i>elective</i> (Ordinary <i>elective long</i>) | Taryfa <i>non-elective</i> (Non- <i>elective spell tariff</i>) [£] | Długość hospitalizacji – <i>non-elective</i> (Non- <i>elective long stay trimpoint</i>) [dni] | Taryfa za każdy dodatkowy dzień pobytu ponad limit (Per <i>day long stay payment</i>) |
|-----------|-----------------|--|---|---|--|--|
|-----------|-----------------|--|---|---|--|--|

| | | <i>elective spell tariff</i>) [£, PLN] | <i>stay trimpoint</i>) [dni] | | | <i>(for days exceeding trimpoint)</i> [£] |
|-------|--|---|-------------------------------|-------|---|---|
| BZ03Z | BZ03Z Non-Phacoemulsification Cataract Surgery | 927 £* 5211,59 zł | 5 | 1 248 | 5 | 242 £* 1 360,52 zł |

*Kurs funta szterling na dzień 25.04.2016 r. wynosi 5,622 zł.

Źródło: opracowanie własne z wykorzystaniem grupera świadczeń, opierając się na ogólnokrajowych taryfach na lata 2016/17 (NHS National Tariff Payment System 2016/17) - <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-national-tariff-payment-system-201617>, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/509698/Annex_A_national_prices_and_national_tariff_workbook.xlsx)

Australia

W Australii wiele świadczeń, w tym świadczenia realizowane w szpitalach publicznych, udzielane zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych, są bezpłatne dla świadczeniobiorców, którzy spełniają kryteria do otrzymania tych świadczeń¹.

W kraju tym działa, finansowany z podatków, powszechny system ochrony zdrowia Medicare, jednocześnie pobierany jest specjalny podatek zdrowotny dla ludności, w wysokości 1,5% uzyskanego dochodu. Medicare obejmuje mieszkańców Australii, posiadających obywatelstwo australijskie, wizę stałego pobytu lub obywatelstwo Nowej Zelandii.

Medicare pokrywa szereg świadczeń zdrowotnych, z wyjątkiem tzw. dodatkowych usług medycznych (ancillary services), do których należą m.in.: leczenie dentystyczne i usługi protetyczne, konsultacje okulistyczne (w tym koszty zakupu okularów i soczewek kontaktowych), fizykoterapia, terapia zajęciowa, koszty leków spoza wykazu, koszty związane z transportem pacjentów, opieka pielęgniarska w domu chorego, konsultacje logopedy, koszty aparatów słuchowych, zabiegi, które nie mają klinicznego uzasadnienia, w tym chirurgii plastycznej.

Jeżeli lekarz nie pobiera opłat wyższych niż znajdujące się w specjalnym wykazie MBS (ang. *Medicare Benefits Schedule*)², Medicare wypłaca odpowiednią kwotę bezpośrednio lekarzowi.

Lekarze tzw. praktyki ogólnej (ang. *general practitioners*, GP) są jednak uprawnieni do pobierania wyższych opłat za swoje usługi i wówczas pacjent musi pokryć z własnej kieszeni różnicę między ceną z wykazu, a honorarium lekarza. Częściej jednak pacjenci wnoszą dodatkowe opłaty w przypadku wizyt u lekarzy specjalistów.

Pacjenci uprawnieni do korzystania z ubezpieczenia Medicare, mają prawo do bezpłatnego zakwaterowania oraz opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w szpitalach finansowanych przez rządy stanowe. Opieka ambulatoryjna (*out-patient treatment*) w szpitalach publicznych jest bezpłatna. W przypadku ubezpieczenia Medicare, leczenie w publicznym szpitalu, jako pacjent publiczny, jest bezpłatne, ale tylko w przypadku leczenia przez lekarzy i specjalistów, z którymi szpital ma podpisaną umowę. Pacjent nie ma wówczas prawa wyboru lekarza.

Medicare udziela także pewnej pomocy finansowej Australijczykom korzystającym ze świadczeń w szpitalach publicznych i prywatnych, jako pacjenci prywatni. Tym prywatnym pacjentom korzystającym z usług medycznych w państwowych lub prywatnych placówkach medycznych, Medicare oferuje 85% bonifikatę, na świadczenia z zakresu opieki ambulatoryjnej oraz 75% rabatu na usługi medyczne w zakresie leczenia szpitalnego (według wykazu MBS). Jeżeli różnica między rabatem Medicare a ceną z wykazu MBS przekroczy pewną ustaloną kwotę w ciągu roku, za wszystkie kolejne świadczenia w danym roku pacjent zapłaci 100% kosztów powyżej kwoty ustalonej w MBS.

Jeżeli pacjent korzysta z leczenia w publicznym szpitalu jako „pacjent prywatny”, ma prawo wyboru lekarza. W przypadku leczenia „prywatnego” pacjenta w prywatnym szpitalu Medicare pokryje 75% kosztów świadczeń z wykazu MBS, a pozostałą kwotę pokryje prywatne ubezpieczenie medyczne, pod warunkiem, że prowadzący lekarz ma podpisaną umowę z danym funduszem ubezpieczeniowym. W tym przypadku koszty pobytu i

¹ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/96433/E89731.pdf?ua=1, data dostępu: 22.04.2016 r.;

² <http://www9.health.gov.au/mbs/search.cfm>, data dostępu: 22.04.2016 r.;

zakwaterowania nie są refundowane przez Medicare, ale mogą być pokryte przez prywatne ubezpieczenia medyczne³.

Świadczenia realizowane w ramach hospitalizacji rozliczane są w ramach systemu finansowania opartego na grupach DRG – zwanych w tym kraju grupami DRG v8.0 (każda grupa ma przypisaną odpowiednią wagę, którą należy przemnożyć przez wycenę wagi; aktualna wartość jednego punktu wynosi 4 883,00 AUD).

Tabela 14. Wycena świadczeń zaćmy w Australii

| DRG v8.0 | Description | Liczba dni | | Waga punktu | | Wycena AUD |
|----------|-----------------|---------------|---------------|-------------|---|-------------------------|
| | | Dolna granica | Górna granica | bazowa | Hospitalizacja dłuższa - zwiększenie/ dzień | |
| C16Z | Lens Procedures | 1 | 4 | 0,5573 | 0,2170 | 2 721,30 8 173,96 zł |

Kurs dolara australijskiego na dzień 25.04.2016 r. wynosi 3,0036 zł.

Źródło: opracowanie własne: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/96433/E89731.pdf?ua=1, <http://www9.health.gov.au/mbs/search.cfm>, http://biurose.sejm.gov.pl/teksty_pdf_06/i-1256.pdf, <https://www.ihpa.gov.au/publications/nwau-calculator-acute-activity-2016-17> oraz NWAU calculator for non-admitted activity 2016-17 (<https://www.ihpa.gov.au/publications/nwau-calculator-non-admitted-activity-2016-17>). Dla świadczeń spoza zakresu (out-of-scope) przedstawiono wycenę, opierając się na wykazie MBS z 04.2016 r. (<http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/downloads>).

Nowa Zelandia

W Nowej Zelandii wiele świadczeń, w tym świadczenia realizowane w szpitalach publicznych, udzielane zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych, są bezpłatne dla świadczeniobiorców, którzy spełniają kryteria do otrzymania tych świadczeń⁴.

Świadczenia realizowane w ramach hospitalizacji rozliczane są w ramach systemu finansowania opartego na grupach DRG – zwanych w tym kraju grupami nzdr60x (każda grupa ma przypisaną odpowiednią wagę, którą należy przemnożyć przez wycenę wagi; aktualna wartość jednego punktu = 4 751,58 \$NZ; WIESNZ15 cost weights – *The New Zealand Casemix Framework for Publicly Funded Hospitals*⁵.

Tabela 15. Wycena świadczeń zaćmy w Nowej Zelandii

| DRG | Nazwa grupy | hb | alos | mvelig | md_in | ho_pd | sd | od | Koszt \$NZ |
|------|-----------------|----|------|--------|--------|--------|--------|--------|-------------------------|
| C16Z | Lens Procedures | 3 | 1 | D | 0,5293 | 0,1872 | 0,5293 | 0,5293 | 2 515,01 6 732,68 zł |

Kurs dolara nowozelandzkiego na dzień 25.04.2016 r. wynosi 2,677 zł.

hb – dolna granica długości pobytu. Pacjenci u których długość pobytu jest mniejsza niż dolna granica, są klasyfikowani jako dolne wartości skrajne. Dla większości DRG dolna granica została ustalona na poziomie jednej trzeciej szacowanej średniej długości pobytu dla DRG. Granice te są zaokrąglane do najbliższej liczby całkowitej.

hb – górna granica długości pobytu. Pacjenci, u których długość pobytu jest większa od górnej granicy są klasyfikowani jako górne wartości skrajne. Dla większości górna granica została ustalona na poziomie trzykrotności szacunkowej średniej długości pobytu dla DRG. Granice są zaokrąglane do najbliższej liczby całkowitej.

alos – średnia długość pobytu

2.5. Cenniki komercyjne

Poza świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych pacjenci w Polsce korzystają z usług niepublicznych podmiotów leczniczych, które finansowane są głównie poprzez opłatę za usługę (fee for service).

W przypadku świadczeń zabiegowych całkowity koszt nabycia takiej usługi na rynku komercyjnym obejmuje, obok zabiegu operacyjnego, konsultację przedoperacyjną a także, w części przypadków, koszty badań diagnostycznych zleconych przed zabiegiem. Podczas konsultacji przedoperacyjnej omówiony zostaje

³ http://biurose.sejm.gov.pl/teksty_pdf_06/i-1256.pdf, data dostępu: 22.04.2016 r.;

⁴ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/95138/E74467.pdf?ua=1; <http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/publicly-funded-health-and-disability-services>, data dostępu: 22.04.2016 r.

⁵ <http://www.health.govt.nz/nz-health-statistics/data-references/weighted-inlier-equivalent-separations/wiesnz15-cost-weights>, data dostępu: 22.04.2016 r.

szczegółowo sam zabieg jak i jego koszty, pacjent otrzymuje także wykaz badań diagnostycznych, które należy wykonać przed zabiegiem. Przed zabiegiem pacjent odbywa rozmowę z anestezjologiem.

Informacje o cenach komercyjnych poszczególnych świadczeń wyszukiwano wśród świadczeniodawców realizujących takie usługi. Byli oni identyfikowani na podstawie analizy treści stron internetowych podmiotów poprzez wyszukiwarki internetowe. W przypadku części podmiotów cenniki były dostępne bezpośrednio na stronach internetowych z adnotacją, że „Podane ceny usług medycznych są publikowane tylko w celach informacyjnych i nie stanowią oferty handlowej wg art. 66 § 1 Kodeksu Cywilnego (co oznacza, że jest to jedynie zaproszenie do zawarcia umowy wg art. 71 KC). Podane ceny mogą ulec zmianie. Zastrzegamy sobie prawo do zmian”. Poziom szczegółowości dostępnych cenników był różny – w części szczegółowo określano cenę świadczenia wraz z jej składowymi (np. ceną wyrobu medycznego), w innych cena była wskazywana ogólnie bez szczegółowego wymienienia, co jest wliczone z cenę świadczenia lub też przedstawiony był zakres cen (od ceny minimalnej do maksymalnej).

Pozostała część podmiotów leczniczych odsyłała pacjentów poprzez formularz lub też numer telefonu dostępny na stronie internetowej do kontaktu celem umówienia się na wizytę i ustalenia szczegółów świadczenia oraz kosztów z nim związanych. W przypadku braku informacji podjęto próbę pozyskania jej telefonicznie.

W analogiczny sposób, ceny komercyjne zagraniczne zostały pozyskane przez przeszukiwanie stron internetowych jak również drogą mailową. Odnaleziono ceny dla krajów: Wielka Brytania, Irlandia, Estonia, Łotwa, Słowacja, Czechy, Słowenia, Serbia, Australia.

W Polsce ceny komercyjne zabiegów usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji z implantacją soczewki standardowej wahają się od 1990 do 5180 zł, a soczewki specjalistycznej od 3200 do 8000. W tabeli 16 przedstawiono również średnie cen komercyjnych dla świadczeń z podziałem na soczewki standardowe (3185 zł dla 42 świadczeniodawców) i soczewki specjalistycznej (5221 zł dla 35 świadczeniodawców).

Tabela 16. Ceny komercyjne w Polsce dla zabiegu usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji z implantacją soczewki standardowej i specjalistycznej

| | Ceny usunięcia zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki | |
|---------|--|--------------------------|
| | Soczewka standardowa | Soczewka specjalistyczna |
| średnia | 3 185 zł | 5 221 zł |
| min | 1 990 zł | 3 200 zł |
| max | 5 180 zł | 8 000 zł |
| n | 42 | 35 |

Źródło: Opracowanie własne

W tabeli 17 zaprezentowano ceny komercyjne dla krajów: Wielka Brytania, Irlandia, Estonia, Łotwa, Słowenia, Serbia, Austria. Najwyższa cena usunięcia zaćmy z implantacją soczewki standardowej jest w Wielkiej Brytanii i wynosi 15 737 zł, a najniższa 1 654 zł w Czechach.

Tabela 17. Ceny komercyjne za granicą dla zabiegu usunięcia zaćmy z implantacją soczewki standardowej

| | Wielka Brytania | Irlandia | Estonia | Łotwa | Słowacja | Czechy | Słowenia | Serbia | Australia |
|---------|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| średnia | 12 691 zł | 9 367 zł | 4 691 zł | 2 496 zł | 2 469 zł | 2 715 zł | 3 392 zł | 2 672 zł | 11 331 zł |
| max | 15 737 zł | 9 367 zł | 6 344 zł | 3 364 zł | 3 449 zł | 4 130 zł | 3 619 zł | 2 672 zł | 11 331 zł |
| min | 10 295 zł | 9 367 zł | 2 618 zł | 1 895 zł | 1 703 zł | 1 654 zł | 3 193 zł | 2 672 zł | 11 331 zł |
| n | 9 | 1 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 |

Źródło: Opracowanie własne

3. Taryfa

3.1. Pozyskanie danych

W celu pozyskania danych o kosztach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, AOTMiT przeprowadziła postępowanie mające na celu wyłonienie podmiotów, z którymi zawarte zostały umowy dotyczące przygotowania i przekazywania Agencji danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podstawą prawną dla przeprowadzonego postępowania jest art. 311c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.). Zgodnie z ust. 4 „(...) Agencja zawiera umowy na podstawie określonego przez Agencję postępowania zapewniającego poszanowanie zasady przejrzystości i równego traktowania podmiotów oraz zawarcia umowy z podmiotem spełniającym obiektywne, proporcjonalne i niedyskryminacyjne warunki określone w tym postępowaniu”. Postępowanie prowadzone było w sposób zapewniający poszanowanie zasady przejrzystości i równego traktowania świadczeniodawców. Zasady postępowania Agencji zostały określone w Zarządzeniu 51/2015 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 15 maja 2015 r. w sprawie postępowania dotyczącego wyłaniania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji podmiotów innych niż podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, z którymi zawierane są umowy o pozyskanie danych niezbędnych do ustalania taryfy świadczeń oraz postępowania z tymi umowami.

Postępowanie zostało ogłoszone zgodnie z wykazem świadczeń zaakceptowanym przez Pana Krzysztofa Łanda Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pismem z dnia 16.02.2016 r. znak: AOTMiT-WT-530-5/GS/2015 i przebiegało w następujących etapach:

1. ogłoszenie o rozpoczęciu postępowania;
2. zebranie ankiet od świadczeniodawców;
3. wybór świadczeniodawców, z którymi Agencja zawrze umowy;
4. ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania oraz wyliczenie przez WT maksymalnego wynagrodzenia dla każdego z wyłonionych świadczeniodawców, który zadeklaruje zawarcie umowy o odpłatne przekazywanie danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń;
5. przygotowanie i zawarcie umów z wyłonionymi w postępowaniu świadczeniodawcami.

Informacja o ogłoszeniu postępowania została wysłana na adresy mailowe podmiotów realizujących te zakres świadczeń (826 świadczeniodawców, których listę wraz z danymi teleadresowymi otrzymała AOTMiT z NFZ) oraz ukazała się na stronie internetowej AOTMiT. Ponadto informację o ogłoszeniu postępowania przesłano do Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia celem zamieszczenia stosownych informacji na stronach internetowych instytucji oraz z prośbą o przekazanie komunikatu za pośrednictwem Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI).

Ze względu na ograniczenia czasowe, a także ze względu na rozległy i wieloaspektowy zakres prac analitycznych, Agencja podjęła decyzję o wykorzystaniu danych od wszystkich świadczeniodawców, którzy zadeklarują ich przekazanie w zaproponowanym układzie. Odstąpiono od wymogów określonych w ww. Zarządzeniu 51/2015 dotyczących wyboru podmiotów i rankingowania Podmiotów (przyjęto ankiety od wszystkich świadczeniodawców, którzy zadeklarowali przekazanie danych w formacie określonym przez Agencję).

W odpowiedzi na ogłoszenie, które ukazało się 19 lutego 2016 r., do dnia 26 lutego 2016 r. wpłynęły po 22 ankiety od podmiotów realizujących przedmiotowe świadczenia. Poniższa tabela zawiera informacje odnośnie procedury pozyskania danych dotyczących przedmiotu opracowania, tj. *Usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki (B18)* oraz *Usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki (B19)*.

Szczegółowy wykaz zawartych umów zawiera Załącznik Nr 1.

Tabela 18. Statystyka prowadzonego postępowania odnoszącego się do świadczeń Usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki oraz Usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki

| | B18 | B19 |
|--|-----|-----|
| Liczba świadczeniodawców, realizujących procedurę w ramach finansowania świadczeń ze środków publicznych | 232 | 242 |
| Liczba przesłanych ankiet, dotyczących przedmiotowej procedury | 22 | 22 |
| Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy przed podpisaniem umowy | 2 | 2 |
| Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali umowę (odpłatną, nieodpłatną) | 20 | 20 |
| Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy po podpisaniu umowy (odpłatna, nieodpłatna) | 1 | 1 |
| Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane (umowa odpłatna, nieodpłatna) | 19 | 19 |

*zgodnie z bazą teled adresową przekazaną przez NFZ

Świadczeniodawcy przekazywali dane w formie formularza zawierającego pola do wpisania informacji na temat kosztów ponoszonych przy udzielaniu typowego/ przeciętnego/ najczęściej stosowanego sposobu realizacji danego świadczenia. Wzór tego formularza określony został w Zarządzeniu 7/2016 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 2 marca 2016 roku.

Każdy formularz składał się z następujących arkuszy:

- części ogólnej – zawierającej informacje o świadczeniodawcy i charakterystykę świadczenia opieki zdrowotnej,
- tabeli do wpisania informacji o wszystkich produktach leczniczych, jakie najczęściej/ przeciętnie/ standardowo stosuje się w procesie realizacji świadczenia, z pominięciem tych używanych w trakcie zabiegu operacyjnego; do każdej pozycji świadczeniodawca miał określić także częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby wszystkich świadczeń, których dotyczy kosztorys,
- tabel do wpisania wyrobów medycznych stosowanych jednorazowo w odniesieniu do danego pacjenta (np. jednorazowe cewniki itp.), a także krwi, preparatów krwiopochodnych i preparatów żywieniowych oraz wyrobów medycznych, które mogą być zastosowane kilkakrotnie u danego pacjenta albo u kilku pacjentów; do każdej pozycji świadczeniodawca miał określić także częstość zastosowania w odniesieniu do ogólnej liczby wszystkich świadczeń, których dotyczy kosztorys,
- tabel zbierających informacje o procedurach wykonywanych na rzecz pacjenta w trakcie przeciętej realizacji świadczenia,
- części zawierającej informacje o wszystkich zasobach i kosztach związanych z realizacją procedury zabiegowej.

3.2. Ustalenie taryfy

W celu ustalenia kosztu świadczeń opieki zdrowotnej, w odniesieniu do każdego z nich wyodrębniono następujące elementy:

- baza – podstawowy koszt świadczenia lub koszt pobytu na danym oddziale szpitalnym; koszt ten uwzględnia zaangażowanie wszystkich zasobów, jakie są wykorzystywane w momencie, kiedy pacjent znajduje się w oddziale bądź też ma udzielane dane świadczenie; w przypadku każdego świadczenia koszt bazowy podzielono dodatkowo na składowe wskazujące na najważniejsze zasoby: lekarze, pielęgniarki, pozostały personel medyczny, infrastruktura; w przypadku świadczeń zabiegowych te same elementy określone zostały dla zabiegu operacyjnego;
- leki i wyroby medyczne;
- procedury medyczne, w tym w szczególności badania laboratoryjne, obrazowe oraz konsultacje zewnętrzne.

Koszt powyższych elementów obliczony został w oparciu o dane przekazane przez świadczeniodawców, z wykorzystaniem metod opisanych w Załączniku nr 2.

Efekt analizy danych w odniesieniu do głównych składowych świadczenia przedstawiony został w poniższej tabeli. Szczegółowe zestawienie informacji dotyczące kosztów poszczególnych elementów świadczeń zawarte są w Załączniku nr 3 oraz 4.

Tabela 19. Wyniki analizy kosztów

| Nazwa świadczenia | Średnia długość hospitalizacji | Koszty stałe | Koszty zmienne | | | Wynik analizy kosztów |
|---|--------------------------------|--------------|----------------|-----------------|--------|-----------------------|
| | | | Procedury* | Wyroby medyczne | Leki | |
| B18 Usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki | 2,20 | 1 404,28 | 43,51 | 722,74 | 159,74 | 2 330,28 |
| B19 Usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki | 1,35 | 973,43 | 41,49 | 708,76 | 156,73 | 1 851,28 |

* - diagnostyka i konsultacje

Wyniki analizy kosztów są o 12% (B18) i 19% (B19) niższe niż aktualne stawki NFZ (przy cenie 52 zł za 1 punkt w leczeniu szpitalnym).

W porozumieniu z Ministrem Zdrowia, biorąc pod uwagę aspekty związane z popytem i podażą, podjęta została decyzja o zaproponowaniu dla przedmiotowych świadczeń utrzymania dotychczasowych taryf. Uznano, iż zmniejszenie wartości taryfy wpłynie w tym przypadku negatywnie na podaż świadczeń, co byłoby szczególnie niekorzystne w obliczu bardzo długich kolejek do świadczeń. Zaproponowano jednocześnie, aby w ramach wyceny grupy realizowane były porady kwalifikacyjne z niezbędnymi badaniami oraz kontrole po wykonaniu zabiegu. Świadczeniodawca realizujący zabieg zapewniałby pacjentom kompleksową opiekę w tym zakresie.

Dodatkowo, rekomenduje się zmianę nazwy grupy B18 na: "Usunięcie zaćmy wklajającej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki", w celu doprecyzowania, że grupa obejmuje pacjentów z chorobami współistniejącymi a nie powikłaniami po zabiegu. Konieczne też wydaje się wskazanie chorób współistniejących, które mogą wpływać na rozszerzenie i koszty sprawowanej opieki, a więc ustalenie ścisłych kryteriów kwalifikacji do świadczenia w oparciu o analizy HTA.

Tabela 20. Projekty taryf dla świadczeń usunięcia zaćmy (grupy JGP B18 i B19)

| Świadczenie | Projekt taryfy (PLN) | Projekt taryfy (punkty) | Zmiana % | Uwagi |
|---|----------------------|-------------------------|----------|---|
| B18 Usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki | 2 756 | 53,00 | 0,00% | Taryfa obejmuje koszt porady kwalifikacyjnej z niezbędnymi badaniami oraz kontroli po wykonaniu zabiegu. Rekomenduje się zmianę nazwy grupy: "Usunięcie zaćmy wklajającej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki". Rekomenduje się ustalenie ścisłych kryteriów kwalifikacji do świadczenia w oparciu o analizy HTA. |
| B19 Usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki | 2 236 | 43,00 | 0,00% | Taryfa obejmuje koszt porady kwalifikacyjnej z niezbędnymi badaniami oraz kontroli po wykonaniu zabiegu. Rekomenduje się ustalenie ścisłych kryteriów kwalifikacji do świadczenia w oparciu o analizy HTA. |

4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

Wobec propozycji pozostawienia wyceny procedur dotyczących usunięcia zaćmy na niezmiennym poziomie, skutki finansowe dla płatnika publicznego w zakresie wydatków na realizację świadczeń z grup B18 i B19 nie powinny ulec zmianie.

Z uwagi jednak na propozycję, aby wycena grupy obejmowała nie tylko koszt samego zabiegu, ale także koszt porady kwalifikacyjnej z niezbędnymi badaniami oraz kontroli po wykonaniu zabiegu, ostateczny wynik analizy wpływu na budżet płatnika może wskazywać na oszczędności w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Bardziej prawdopodobne jest jednak zmniejszenie kolejek do okulisty poprzez uwolnienie puli porad zarezerwowanych na kwalifikację i kontrolę po zabiegu usunięcia zaćmy.

Dodatkowo, dokładne zdefiniowanie zaćmy wklajającej się może spowodować, że część pacjentów zostanie rozliczona grupą dedykowaną usunięciu zaćmy niepowikłanej, a więc tańszą. Przeniesienie części pacjentów do tańszej grupy może spowodować oszczędności dla płatnika lub wpłynąć na zmniejszenie kolejek do świadczenia, ze względu na możliwość wykonania większej liczby procedur w ramach tej samej puli środków.

5. Kluczowe informacje i wnioski

Celem opracowania jest weryfikacja wyceny punktowej świadczeń Usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki (grupa JGP B18) oraz Usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki (grupa JGP B19) przyjętej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w oparciu o analizę rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców, a także popytu i podaży.

Zaćma (łac. *cataracta*) jest chorobą oczu, objawiającą się częściowym lub całkowitym zmętnieniem soczewki wewnątrzgałkowej i pogłębiającą się utratą ostrości widzenia, która może prowadzić do całkowitej utraty wzroku. Obecnie stosowaną metodą usuwania zaćmy z wykorzystaniem technologii rozdrobnienia soczewki i aspiracji zaćmy jest fakoemulsyfikacja. Jest to metoda zewnątrztorebkowego usunięcia zaćmy poprzez rozdrobnienie jądra soczewki pod wpływem wibracji ultradźwiękowej i wysysanie mas soczewkowych. W przypadku zabiegów metodą fakoemulsyfikacji wymagane jest stosowanie sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej zwijalnej.

Ze względu na materiał, z którego są wykonane soczewki zwijalne wyróżnia się m.in. soczewki silikonowe, akrylowe, kolamerowe; z kolei ze względu na cechy geometryczne soczewki można podzielić na jednoogniskowe – sferyczne i asferyczne, wielogniskowe (akomodacyjne) oraz toryczne. Wybór soczewki wewnątrzgałkowej powinien być uwarunkowany względami medycznymi, a także stylem życia i potrzebami pacjenta.

Według danych z NFZ, w 2014 r. podpisano 242 umowy ze świadczeniodawcami w grupie B18 i z 249 świadczeniodawcami w grupie B19, a w 2015 r. – 232 w grupie B18 i 242 w grupie B19.

Według danych NFZ z marca 2016 roku, średni czas oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy wynosi ok. 4 miesiące w przypadkach pilnych (od ok. 2 miesiące w województwie zachodniopomorskim do ok. 7 miesięcy w województwie małopolskim) i ok. 20 miesięcy w przypadkach stabilnych (najdłużej oczekuje się na zabieg w województwach dolnośląskim i opolskim – ok. 2,5 roku, i w województwie świętokrzyskim – ok. 2 lat, a najkrócej w województwach lubelskim i zachodniopomorskim około jednego roku).

Średnia liczba oczekujących przypadających na jednego świadczeniodawcę wyniosła w marcu 2016 r. 2 060,544 osoby w przypadkach stabilnych i 97,716 osoby w przypadkach pilnych. Najmniej oczekujących średnio w kolejce przypadków pilnych jest w województwie warmińsko-mazurskim (12), wielkopolskim (25,33), zachodniopomorskim (25,77), najwięcej w: opolskim (638), dolnośląskim (210,48) i lubuskim (197,17). Najmniejsze średnie liczby oczekujących przypadków stabilnych obserwuje się w województwie lubelskim (894,11) i wielkopolskim (929,77), największe w województwie opolskim (4 584,25) i dolnośląskim (3 288,29).

Całkowita liczba oczekujących na zabiegi usunięcia zaćmy wyniosła w marcu 2016 r. prawie 24,5 tys. dla przypadków pilnych oraz ponad 515 tys. dla przypadków stabilnych.

Aktualna wycena zabiegów usunięcia zaćmy stosowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynosi 53 punkty (2 756 PLN) dla grupy B18 dla świadczeniodawców z umową „hospitalizacja”, 50 punktów (2 600 PLN) dla świadczeniodawców z umową „hospitalizacja planowa” oraz 47 punktów (2 444) dla świadczeniodawców z umową „leczenie 1 dnia” lub świadczeń realizowanych <2 dni. W przypadku grupy B19 wycena, niezależnie o typu umowy świadczeniodawcy, wynosi 43 punkty (2 236 PLN). W 2014 roku zrealizowano 85 225 świadczeń z grupy B18 na łączną kwotę 226 345 415 zł oraz 132 809 świadczeń z grupy B19 na łączną kwotę 304 742 452 zł.

Ceny komercyjne zabiegów usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji z implantacją soczewki standardowej wahają się od 1 990 do 5 180 zł (średnia: 3 185 zł dla 42 świadczeniodawców), a soczewki specjalistycznej od 3 200 do 8 000 (średnia: 5 221 zł dla 35 świadczeniodawców).

Odnaleziono również ceny komercyjne zabiegów usunięcia zaćmy dla krajów: Wielka Brytania, Irlandia, Estonia, Łotwa, Słowenia, Serbia, Austria. Najwyższa cena usunięcia zaćmy z implantacją soczewki standardowej jest w Wielkiej Brytanii i wynosi 15 737 zł, a najniższa 1 654 zł w Czechach.

Wyniki przeprowadzonej analizy kosztów są o 12% (B18) i 19% (B19) niższe niż aktualne stawki NFZ (przy cenie 52 zł za 1 punkt w lecznictwie szpitalnym). Jednak biorąc pod uwagę aspekty związane z podażą i popytem, uznano za zasadne utrzymanie dla przedmiotowych świadczeń dotychczasowych taryf.

Zaproponowano jednocześnie, aby w ramach wyceny grupy realizowane były porady kwalifikacyjne z niezbędnymi badaniami oraz kontrole po wykonaniu zabiegu.

Dodatkowo, rekomenduje się zmianę nazwy grupy B18 na: "Usunięcie zaćmy wklajającej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki", w celu doprecyzowania, że grupa obejmuje pacjentów z chorobami współistniejącymi a nie powikłaniami po zabiegu. Konieczne też wydaje się ustalenie ścisłych kryteriów kwalifikacji do świadczenia w oparciu o analizy HTA.

Wobec propozycji pozostawienia wyceny procedur dotyczących usunięcia zaćmy na niezmiennym poziomie, skutki finansowe dla płatnika publicznego w zakresie wydatków na realizację świadczeń z grup B18 i B19 nie powinny ulec zmianie.

Z uwagi jednak na propozycję, aby wycena grupy obejmowała nie tylko koszt samego zabiegu, ale także koszt porady kwalifikacyjnej z niezbędnymi badaniami oraz kontroli po wykonaniu zabiegu, ostateczny wynik analizy wpływu na budżet płatnika może wskazywać na oszczędności w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Bardziej prawdopodobne jest jednak zmniejszenie kolejek do okulisty poprzez uwolnienie puli porad zarezerwowanych na kwalifikację i kontrolę po zabiegu usunięcia zaćmy.

Dodatkowo, dokładne zdefiniowanie zaćmy wklajającej się może spowodować, że część pacjentów zostanie rozliczona grupą dedykowaną usunięciu zaćmy niepowikłanej, a więc tańszą. Przeniesienie części pacjentów do tańszej grupy może spowodować oszczędności dla płatnika lub wpłynąć na zmniejszenie kolejek do świadczenia, ze względu na możliwość wykonania większej liczby procedur w ramach tej samej puli środków.

Dodatkowe uwagi

- Rekomenduje się rozważenie możliwości wdrożenia nowego, odrębnego mechanizmu finansowania soczewek przy zabiegach usunięcia zaćmy w celu zapewnienia pacjentom dostępu do soczewek wewnątrzgałkowych zaawansowanych technologicznie, dobranych na podstawie obiektywnych kryteriów medycznych i preferencji pacjenta.
- Wydaje się zasadne rozważenie możliwości zróżnicowania wyceny świadczeń z grupy B19 w zależności od typu umowy świadczeniodawcy, podobnie, jak ma to miejsce w grupie B18, ze względu na różnice w stałych kosztach funkcjonowania podmiotów, które muszą spełnić inne wymagania.

6. Źródła

| | |
|-----|--|
| [1] | Niżankowska H - Okulistyka. Podstawy kliniczne, |
| [2] | Okulistyka kliniczna, J.J.Kanski, B.Bowling, 2013 |
| [3] | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. poz. 1520 z późn. zm.) |
| [4] | Zarządzenie nr 89/2013/BP Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. |
| [5] | Zarządzenie nr 110/2015/BP Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2015 r.. |
| [6] | Kalkulacja kosztów zaćmy niepowikłanej z zastosowaniem nowoczesnych rozwiązań rachunku kosztów, M.Raulinajtys-Grzybek, A.Befecka, G.Broniek, K.Nowik, J.P.Szaflik, Okulistyka 3, 2015 |
| [7] | Epidemiologia chorób narządu wzroku oraz infrastruktura okulistyki w Polsce, O. Partyka, M. J. Wysocki, Przegląd Epidemiologiczny, 69(4), 2015 |
| [8] | Busse R., Geissler A., Jednorodne grupy pacjentów w Europie. W stronę przejrzystości, efektywności i jakości w szpitalach. Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2013 |
| [9] | http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/96433/E89731.pdf?ua=1 , data dostępu: 22.04.2016 r.; |

7. Załączniki

- Zal. 1. Wykaz zawartych umów
- Zal. 2. Zasady analizy danych kosztowych uzyskanych od świadczeniodawców
- Zal. 3. Szczegółowe oszacowania taryfy – B18
- Zal. 4. Szczegółowe oszacowania taryfy – B19
- Zal. 5. Wykaz cen komercyjnych zagranicznych w zakresie zabiegów usunięcia zaćmy
- Zal. 6. Wykaz cen komercyjnych polskich w zakresie zabiegów usunięcia zaćmy
- Zal. 7. Szczegółowe elementy oszacowania: leki, wyroby medyczne i procedury
- Zal. 8. Koszty jednostkowe w oddziale szpitalnym