



# Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

## Wydział Taryfikacji

**„B16 – Zabiegi z wykonaniem witrektomii  
z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny,  
w tym wieloproceduralne  
B17 – Zabiegi z wykonaniem witrektomii,  
w tym wieloproceduralne”**

Opracowanie na potrzeby wydania taryf

WT.541.5.2016

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

<b>1. Problem decyzyjny .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Oceniane świadczenie .....</b>	<b>5</b>
2.1. Charakterystyka świadczenia.....	5
2.2. Sposób oraz poziom finansowania w Polsce .....	6
2.3. Analiza popytu i podaży .....	8
2.4. Sposób oraz poziom finansowania w innych krajach.....	13
2.4.1. Anglia.....	13
2.4.2. Australia.....	14
2.4.3. Nowa Zelandia.....	16
2.4.4. Słowacja .....	16
2.4.5. Słowenia .....	17
2.4.6. Węgry .....	17
2.5. Cenniki komercyjne .....	18
2.5.1. Cenniki komercyjne w Polsce.....	18
2.5.2. Cenniki komercyjne zagraniczne.....	18
<b>3. Taryfa.....</b>	<b>20</b>
3.1. Pozyskanie danych .....	20
3.2. Ustalenie taryfy.....	21
<b>4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej.....</b>	<b>23</b>
<b>5. Kluczowe informacje i wnioski .....</b>	<b>24</b>
<b>6. Źródła.....</b>	<b>26</b>
<b>7. Załączniki .....</b>	<b>27</b>

## 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 procedury: *Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne* (kod produktu 5.51.01.0002016) oraz *Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne* (kod produktu 5.51.01.0002017) finansowane w ramach rodzaju leczenia szpitalnego.

## 2. Oceniane świadczenie

Przedmiotem opracowania są świadczenia z zakresu okulistyki:

*Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne oraz Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne.*

### 2.1. Charakterystyka świadczenia

Witrektomia jest zabiegiem witreoretinalnym (corpus vitreum–ciało szkliste, retina-siatkówka) w zakresie głębokich struktur gałki ocznej polegającym na usunięciu za pomocą narzędzi mikrochirurgicznych patologicznych zmian i schorzeń z ciała szklanego i siatkówki oka. Dosłownie witrektomia oznacza zabieg polegający na wycięciu zmienionego ciała szklanego (żelowej substancji wypełniającej tylną, największą komorę oka). Witrektomię stosuje się celem stabilizacji, przywrócenia lub też poprawy funkcji siatkówki [1].

Witrektomię stosuje się w leczeniu następujących schorzeń [1]:

- odwarstwienie siatkówki
- retinopatia cukrzycowa
- cukrzycowy obrzęk plamki
- obrzęk plamki po zakrzepach żyły środkowej siatkówki
- urazy gałki ocznej (zwłaszcza tych, w których zranieniu uległy ściany gałki ocznej)
- niewchłaniające się krwotoki do komory ciała szklanego, przedsiatkówkowe i podsiatkówkowe
- otwory w plamce (zwykle to samoistne zmiany, występujące w starszym wieku, polegające na pełnościennym ubytku lub przedarciu siatkówki w obrębie anatomicznego dołka, czyli tej części siatkówki, która jest odpowiedzialna za ostre widzenie)
- błony nasiatkówkowe i podsiatkówkowe (powodujące zniekształcenie obrazu)
- pomarszczenie plamki (macular pucker)
- zmętnienia ciała szklanego
- infekcyjne zapalenie wnętrza gałki ocznej
- niektóre przypadki zwyrodnienia plamki żółtej związanego z wiekiem
- powikłania po wcześniejszych operacjach okulistycznych

Witrektomia uważana jest za zabieg ostatniej szansy, na który kwalifikowani są pacjenci wtedy, kiedy nie ma innych sposobów wyleczenia siatkówki lub ciała szklanego. Witrektomia może przynieść następujące korzyści [1]:

- poprawić lub ustabilizować ostrość wzroku
- spowolnić lub zahamować proces chorobowy
- odtworzyć warunki anatomiczne w gałce ocznej

Rysunek 1. Schemat zabiegu witrektomii



Źródło: [http://oftalmika.pl/news/11/32/Witrektomia/d.szczegolowy\\_zabiegi](http://oftalmika.pl/news/11/32/Witrektomia/d.szczegolowy_zabiegi)

Witrektomia przeprowadzana jest w znieczuleniu miejscowym (pozagałkowe wstrzyknięcie środka znieczulającego) wspomaganym sedacją farmakologiczną. W trakcie zabiegu korzystając ze specjalistycznego mikroskopu wykonuje się 3-4 liniowe wejścia w twardówce (warstwie tworzącej ścianę gałki ocznej) o długości od 0,5 do 1,0 mm, w odległości 4 mm od rąbka rogówki, przez które wprowadzane są do oka narzędzia chirurgiczne, takie jak specjalne noże czy źródło światła. Schemat zabiegu witrektomii

zaprezentowano na rysunku 1. W zależności od średnicy wprowadzanych narzędzi zabieg może wymagać założenia szwów i wówczas nosi nazwę PPV: 20Gauge 0,9mm, albo jest bezszwowy i nazywa się TSV: 23Gauge-0,7mm lub 25Gauge-0,5mm. Po wycięciu ciała szklatego, w zależności od przyczyny operacji, stanu miejscowego oka operowanego oraz prognoz pooperacyjnych, gałkę oczną wypełnia się jedną z poniższych substancji [1]:

1. Jałowy płyn o odpowiednim składzie chemicznym, który stopniowo ulega wymianie na płyn produkowany przez struktury wydzielnicze oka;
2. Jałowe powietrze lub mieszaninę gazu rozprężającego (SF<sub>6</sub>-sześćsiopluorek siarki, C<sub>3</sub>F<sub>8</sub>-oktafluoropropan), które również ulegają stopniowej wymianie na płyn wewnątrzgałkowy w przeciągu 2-4 tygodni. Podanie mieszaniny gazu rozprężającego powoduje znacznego stopnia upośledzenie widzenia (nawet do poziomu rozróżniania ruchów ręki przed okiem), trwające od kilku dni do kilku tygodni (w zależności od zastosowanej mieszaniny gazu). Upośledzenie widzenia ma charakter przemijający. Podanie gazu lub powietrza wiąże się też z potrzebą utrzymywania przez pacjenta odpowiedniej pozycji (chodzenie oraz siedzenie z twarzą skierowaną do dołu, spanie na brzuchu). Nie zastosowanie się do powyższych zaleceń może spowodować w tym przypadku brak efektu leczniczego;
3. Olej silikonowy, który nie ulega wymianie na płyn wewnątrzgałkowy i wymaga chirurgicznego usunięcia po upływie pewnego czasu. Podanie oleju silikonowego do wnętrza oka powoduje zmianę refrakcji układu optycznego oka, co oznacza, iż pacjent wymaga dodatkowej korekcji. Czasami różnica korekcji obu oczu jest na tyle duża, iż nie można dobrać odpowiedniej korekcji okularowej na okres obecności oleju silikonowego w oku. W niektórych przypadkach można założyć soczewkę kontaktową na operowane oko.

Generalnie, rodzaj wyżej wymienionego wypełnienia zależy od decyzji chirurga, który dopiero podczas operacji może w pełni ocenić stan oka. Witrektomia często łączona jest z wymianą zmętniałej soczewki oka (czyli usunięciem zaćmy) – taką operację nazywa się fakowitrektomią, bądź z założeniem opaski lub plombki wgłębiającej ścianę gałki ocznej [1].

Obserwowane powikłania zabiegu witrektomii to [1]:

- odwarstwienie siatkówki
- infekcyjne zapalenie wnętrza oka (1 na 5000)
- wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego
- krwotoki do wnętrza oka (1-2 na 1000)
- postęp zmętnienia soczewki (w przypadku zabiegów z podaniem gazu rozprężającego szybszy postęp zmętnienia soczewki obserwowany jest w każdym operowanym przypadku)
- inne (nieszczelność rany pooperacyjnej, itd. )

## 2.2. Sposób oraz poziom finansowania w Polsce

Witrektomia finansowana jest w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczenie rozliczane jest grupami:

- B16 - Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne (kod produktu 5.51.01.0002016) oraz
- B17 - Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne (kod produktu 5.51.01.0002017),

zgodnie z zasadami określonymi 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 [2]. Świadczenia te, jak wszystkie z zakresu leczenia szpitalnego, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, mogą być udzielane w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej lub leczenia jednego dnia. Tryby te rozporządzenie Ministra Zdrowia charakteryzuje następująco [3] :

- 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.

W poniższej tabeli 1 zamieszczone zostały wartości punktowe poszczególnych trybów hospitalizacji w grupie B16 i B17 wraz z ich ceną NFZ.

**Tabela 1. Wartości punktowe poszczególnych trybów hospitalizacji w grupach B16 i B17 wraz z ich ceną NFZ**

Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy	HOSPITALIZACJA - wartość punktowa i w złotych	HOSPITALIZACJA PLANOWA - wartość punktowa i w złotych	"LECZENIE JEDNEGO DNIA" - wartość punktowa i w złotych	HOSPITALIZACJA ≤ 2 DNI - typ umowy hospitalizacja/hospitalizacja planowa - wartość punktowa i w złotych
B16	5.51.01.0002016	Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne	163 8 476 zł	155 8 060 zł	147 7 644 zł	147 7 644 zł
B17	5.51.01.0002017	Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne	140 7 280 zł	133 6 916 zł	126 6 552 zł	126 6 552 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie załącznika 1a Zarządzenia nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ [2]

Podstawowe statystyki, jak liczbę pacjentów, liczbę hospitalizacji czy średnią wartość grup B16 i B17 w 2014 r. zaprezentowano w tabeli 2.

**Tabela 2. Podstawowe statystyki grup B16 i B17 w 2014 roku**

Wyszczególnienie	B16	B17
Liczba pacjentów	6809	8204
Liczba hospitalizacji	8046	8760
Średnia wartość grupy (zł)	8 241,63	6 947,53
Średnia wartość hospitalizacji (zł)	8 287,62	6 948,94
Całkowita wartość realizacji świadczeń	66 312 154	60 860 362

Źródło: dane NFZ

W tabeli 3 przedstawiono liczbę hospitalizacji i czas pobytu ze względu na zakres świadczeń.

**Tabela 3. Liczba hospitalizacji i czas pobytu w podziale na zakres świadczeń dla grup B16 i B17 w 2014 roku**

Zakres świadczeń	Liczba hospitalizacji		Mediana czasu pobytu (dni)	
	B16	B17	B16	B17
03.4600.030.02 - OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA	6995	6434	2	2
03.4600.031.02 - OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	584	1220	1	1
03.4600.032.02 - OKULISTYKA - ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA	436	866	0	0
03.4601.030.02 - OKULISTYKA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	-	145	-	6
03.4601.031.02 - OKULISTYKA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	-	95	-	7

Źródło: dane NFZ

Warunki realizacji świadczenia określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [3].

Podjęto też próbę przeanalizowania jak wartościowo rozkładały się rozliczenia z NFZ w 2014 r. świadczeniodawców wykonujących zabiegi witrektomii w zależności od profilu szpitala [Rysunek 2].

Rysunek 2. Udział procentowy wartości rozliczenia z NFZ przez SPZOZ-y i NZOZ-y w 2014 r. w podziale na zakres świadczeń



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Z powyższych wykresów łatwo zauważyć, że generalnie tryb hospitalizacji i hospitalizacji dziecięcej - zarówno w przypadku świadczeń B16 jak i B17 - jest wykonywany głównie przez świadczeniodawców publicznych, natomiast tryb chirurgii jednego dnia i hospitalizacji planowej jest domeną świadczeniodawców prywatnych.

### 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 liczbę 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 4. 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

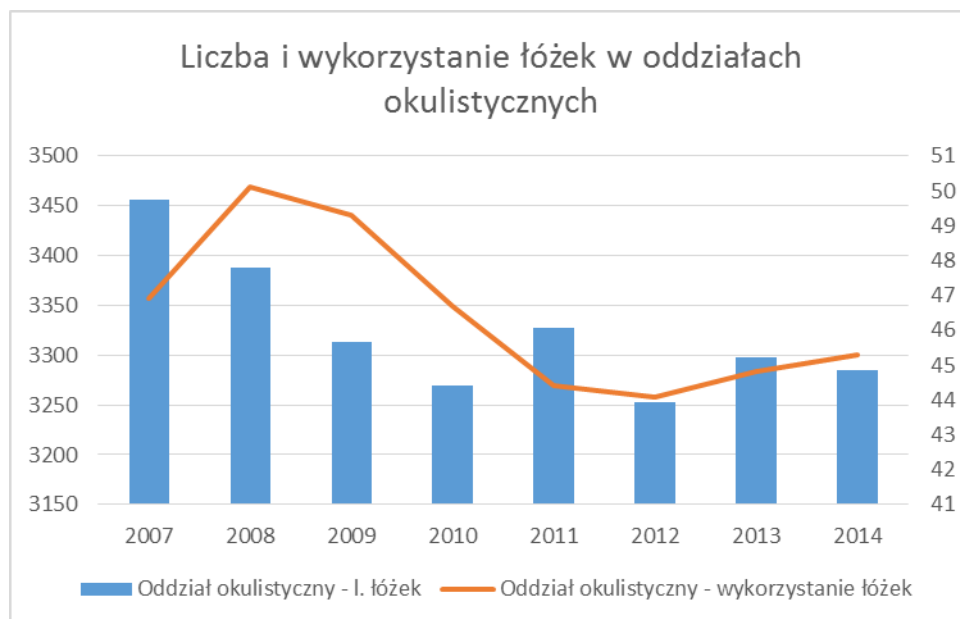
Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za lata 2007-2014. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

**Tabela 5. 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

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

Rysunek 3. 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 6. 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

Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za lata 2007-2014. Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia

Rysunek 4. Liczba lekarzy specjalistów zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia z zakresie okulistyki



### Kolejki

Według danych NFZ z marca 2016 r. w skali kraju średni czas oczekiwania na zabieg witrektomii wynosi około 19 dni w przypadkach pilnych (średnio około 6 osób oczekujących) i prawie 2,5 miesiąca w przypadkach stabilnych (średnio 32 osoby w kolejce).

Najmniej oczekujących średnio w kolejce przypadków pilnych jest w województwie opolskim (0), podkarpackim (0,03), lubuskim (0,5), najwięcej w: pomorskim (35,27), dolnośląskim (12,03) i wielkopolskim (11,34). Najmniejsze średnie liczby oczekujących przypadków stabilnych obserwuje się w województwie lubuskim (1,85), największe w województwie łódzkim (212,86) i dolnośląskim (49,61).

Na rysunku 3 zamieszczono mapę obrazującą jak rozkłada się czas oczekiwania na zabieg witrektomii w skali Polski w poszczególnych województwach.

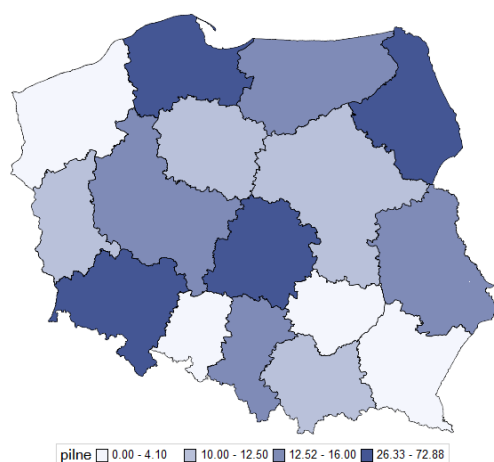
Tabela 7. Dane dotyczące czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących na zabieg witrektomii w poszczególnych województwach w okresie listopad 2015 – marzec 2016

LP.	WOJEWÓDZKI ODDZIAŁ NFZ	ŚREDNIA LICZBA OSÓB OCZEKUJĄCYCH	ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA W DNIACH
		ŚREDNIA Z OKRESU XI 2015 - III 2016	
<b>PRZYPADKI PILNE</b>			
1	DOLNOŚLĄSKI	12,03	52,95
2	KUJAWSKO-POMORSKI	11,22	16,35
3	LUBELSKI	0,98	6,54
4	LUBUSKI	0,50	11,30
5	ŁÓDZKI	7,23	52,26
6	MAŁOPOLSKI	1,12	9,14
7	MAZOWIECKI	5,71	10,48
8	OPOLSKI	0,00	0,00
9	PODKARPACKI	0,03	0,88
10	PODLASKI	1,27	19,13
11	POMORSKI	35,27	71,27
12	ŚLĄSKI	3,86	10,83
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	0,73	4,27
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	2,35	10,90
15	WIELKOPOLSKI	11,34	15,25
16	ZACHODNIOPOMORSKI	1,14	6,46
<b>PRZYPADKI STABILNE</b>			
1	DOLNOŚLĄSKI	49,61	175,21
2	KUJAWSKO-POMORSKI	2,87	18,67
3	LUBELSKI	42,57	60,96
4	LUBUSKI	1,85	46,20
5	ŁÓDZKI	212,86	185,59
6	MAŁOPOLSKI	13,15	73,85
7	MAZOWIECKI	17,41	46,07
8	OPOLSKI	4,57	11,32
9	PODKARPACKI	2,59	8,66
10	PODLASKI	27,77	74,37
11	POMORSKI	38,93	135,00
12	ŚLĄSKI	17,35	102,99
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	2,67	12,97
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	25,05	89,05
15	WIELKOPOLSKI	40,61	93,27
16	ZACHODNIOPOMORSKI	8,66	21,38

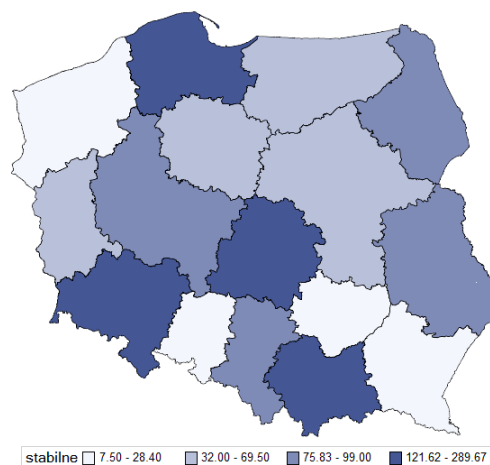
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ (za listopad i grudzień 2015 oraz styczeń – marzec 2016)

Średni czas oczekiwania na zabieg w trybie pilnym w marcu 2016 r. wynosił od 0 dni (brak kolejki) w województwie opolskim i podkarpackim do prawie 2,5 miesiąca w województwie łódzkim. W przypadkach stabilnych najdłużej oczekuje się na zabieg w województwach pomorskim i dolnośląskim – ok. 9 miesięcy, i w województwie świętokrzyskim – ok. 2 lat, a najkrócej w województwach świętokrzyskim i podkarpackim – 7 i 11 dni.

**Rysunek 5. Czas oczekiwania na zabieg witrektomii w poszczególnych województwach (dane z marca 2016 r.)  
Przypadki pilne**



**Przypadki stabilne**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ

Całkowita liczba oczekujących na zabiegi witrektomii wyniosła w marcu 2016 r. ponad 916 dla przypadków pilnych oraz prawie 5 tys. dla przypadków stabilnych.

**Tabela 8. Liczba oczekujących na zabiegi witrektomii 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	825	743	910	983	916
przypadki stabilne	4 718	4 779	4 904	4 878	4 994

Według badań Fundacji Watch Health Care, średni czas oczekiwania na zabieg witrektomii wyniósł w okresie luty/marzec 2016 r. 1,5 miesiąca.

**Tabela 9. Średni czas oczekiwania [w miesiącach] wg Fundacji Watch Health Care**

Średni czas oczekiwania [w miesiącach]	XII 2011 / I 2012	II/III 2012	VI/VII 2012	X/XI 2012	II/III 2013	VI/VII 2013	X/XI 2013	II/III 2014	VI/VII 2014	X/XI 2014	II/III 2015	VI/VII 2015	X/XI 2015	II/III 2016
zabieg witrektomii	4,2	11,4	14,2	4,3	2,8	7	8,4	4,5	5,3	7,8	6,4	4,2	2,2	1,50

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

### 2.4.1. 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 [4].

*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 [4].

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) [4].

HRG4 korzysta z ulepszonych 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 [4].

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 10. Grupy HRG dla B16 i B17 w Anglii

Grupa limitowa	Nazwa produktu rozliczeniowego	Świadczenie	Grupa HRG (wysokość taryfy dla grupy przedstawiono w tabeli 2)	Nazwa grupy HRG
Choroby oczu	B16 Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne	14.74 Mechaniczna witrektomia - inne	BZ20Z	Complex Vitreous Retinal Procedures (Skomplikowane procedury witreoretinalne)
			BZ21Z	Major Vitreous Retinal Procedures (Główne Procedury witreoretinalne )
			BZ22Z	Intermediate Vitreous Retinal Procedures (Procedury Intermediate witreoretinalne)
			BZ23Z	Minor Vitreous Retinal Procedures (Drobne Zabiegi witreoretinalne)
	B17 Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne	14.74 Mechaniczna witrektomia - inne	BZ20Z	Complex Vitreous Retinal Procedures (Skomplikowane procedury siatkówki szkliste)
			BZ21Z	Major Vitreous Retinal Procedures (Główne Procedury ciała szklanego siatkówki)
			BZ22Z	Intermediate Vitreous Retinal Procedures (Procedury Intermediate ciała szklanego siatkówki)
			BZ23Z	Minor Vitreous Retinal Procedures (Drobne Zabiegi ciała szklanego siatkówki)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [5]

Tabela 11. Wycena grupy HRG dla B16 i B17

grupa HRG	Taryfa – procedura pozaszpitalna (Outpatient procedure tariff) [£, PLN]	Taryfa łączona day case/elective (Combined day case / ordinary elective spell tariff) [£, PLN]	Długość hospitalizacji – elective (Ordinary elective long stay trimpoint) [dni]	Taryfa non-elective (Non-elective spell tariff) [£, PLN]	Długość hospitalizacji – non-elective (Non-elective long stay trimpoint) [dni]	Taryfa za każdy dodatkowy dzień pobytu ponad limit (Per day long stay payment (for days exceeding trimpoint) [£, PLN]
BZ20Z	-	1 791 £ 10 069,00 zł	5	2 215 £ 12 452, 73 zł	5	242 £ 1 360,52 zł
BZ21Z	-	1 408 £ 7 915,77 zł	5	1 565 £ 8 798,43 zł	5	242 £ 1 360,52 zł
BZ22Z	142 £	1 164 £ 6 544,00 zł	5	1 919 £ 10 788,61 zł	5	242 £ 1 360,52 zł
BZ23Z	109 £	353 £ 1 984,56 zł	5	810 £ 4 553,82 zł	5	242 £ 1 360,52 zł

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

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [5]

## 2.4.2. 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 świadczeń [6].

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 dentystryczne 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*) [7], 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 zakwaterowania nie są refundowane przez Medicare, ale mogą być pokryte przez prywatne ubezpieczenia medyczne [8].

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 12. Grupy HRG dla B16 i B17 w Australii

Grupa limitowa	Nazwa produktu rozliczeniowego	Świadczenie	Grupa HRG	Nazwa grupy HRG
Choroby oczu	B16 Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne	14.74 Mechaniczna witrektomia - inne	C14A	Other Eye Procedures, Major Complexity
			C14B	Other Eye Procedures, Minor Complexity
	B17 Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne	14.74 Mechaniczna witrektomia - inne	C14A	Other Eye Procedures, Major Complexity
			C14B	Other Eye Procedures, Minor Complexity

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [9]

Tabela 13. Wycena grupy HRG dla B16 i B17 w Australii

DRG v8.0	Description	Liczba dni		Waga punktu		Wycena
		Dolna granica	Górna granica	bazowa	Hospitalizacja dłuższa - zwiększenie/ dzień	
C14A	Other Eye Procedures, Major Complexity	1	11	1,2194	0,2812	5 954,33 \$AU 17 884,42 zł
C14B	Other Eye Procedures, Minor Complexity	1	3	0,4117	0,1647	2 010,33 \$AU 6 038,22 zł

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

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [9]

### 2.4.3. 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 świadczeń [10].

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 [10].

Tabela 14. Wycena grupy HRG dla B16 i B17 w Nowej Zelandii

DRG v8.0	Description	Liczba dni		Waga punktu			Wycena
		Dolna granica	Górna granica	Hospitalizacja krótsza - redukcja/ dzień	bazowa	Hospitalizacja dłuższa - zwiększenie/ dzień	
C14A	Other Eye Procedures, Major Complexity	1	11		1,2194	0,2812	5 954,33 \$AU 15 939,74 zł
C14B	Other Eye Procedures, Minor Complexity	1	3		0,4117	0,1647	2 010,33 \$AU 6 038,22 zł

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

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [10]

### 2.4.4. Słowacja

Na Słowacji świadczenia/ procedury realizowane w ramach hospitalizacji rozliczane są w ramach systemu finansowania opartego na grupach SK-DRG (każda grupa ma przypisaną odpowiednią wagę, którą należy przemnożyć przez wycenę wagi) [11].

Wartość punktu zależy od rodzaju szpitala. Aktualna wartość jednego punktu wynosi:

- szpitale ogólne: 1 002,64 EUR,
- szpitale uniwersyteckie (w tym dzieci): 1 552,74 EUR,
- TYP1 (kardiologia): 3 928,45 EUR,
- TYP2 (onkologia): 2 944,89 EUR,
- TYP3 (inne): 1 927,19 EUR [12].

Świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych również są rozliczane z uwzględnieniem wagi świadczenia oraz jej aktualnej wyceny. Minimalna cena punktu wynosi obecnie 0,019916 EUR, natomiast maksymalna cena punktu wynosi obecnie 0,029875 EUR [13].

Tabela 15. Grupy HRG odpowiadających B16 i B17 w Słowacji

Grupa limitowa	Nazwa produktu rozliczeniowego	Świadczenie	Grupa DRG	Nazwa grupy DRG
Choroby oczu	B16 Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloprocedural-ne *	14.74 Mechaniczna witrektomia - inne	C03A	Výkony na sietnici s pars-plana vitrektómiou, s extrakapsulárnym odstránením šošovky, s určitým výkonom na sietnici alebo odstránenie očnej gule so súčasným vložením implantátu
			C03B	Výkony na sietnici s pars-plana vitrektómiou, s extrakapsulárnym odstránením šošovky, bez určitého výkonu na sietnici
			C03C	Výkony na sietnici s pars-plana vitrektómiou, bez extrakapsulárneho odstránenia šošovky, s určitým výkonom na sietnici
			C03D	Výkony na sietnici s pars-plana vitrektómiou, bez extrakapsulárneho odstránenia šošovky, bez určitého výkonu na sietnici
	B17 Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloprocedural-ne *	14.74 Mechaniczna witrektomia - inne	C03A	Výkony na sietnici s pars-plana vitrektómiou, s extrakapsulárnym odstránením šošovky, s určitým výkonom na sietnici alebo odstránenie očnej gule so súčasným vložením implantátu
			C03B	Výkony na sietnici s pars-plana vitrektómiou, s extrakapsulárnym odstránením šošovky, bez určitého výkonu na sietnici
			C03C	Výkony na sietnici s pars-plana vitrektómiou, bez extrakapsulárneho odstránenia šošovky, s určitým výkonom na sietnici
			C03D	Výkony na sietnici s pars-plana vitrektómiou, bez extrakapsulárneho odstránenia šošovky, bez určitého výkonu na sietnici

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [11,14]



Tabela 16. Wycena grup HRG odpowiadających B16 i B17 w Słowacji

Grupa DRG	Tłumaczenie w j. angielskim	Waga punktu	Koszt [euro] przy wycenie punktu:	
			1 002,64 euro	1 552,74 euro
C03A	Procedures on the retina via pars plana vitrectomy, with extracapsular lens removal, with some procedure on the retina or the removal of the eyeball with simultaneous insertion of the implant	1,4644	1 468,27 € 6 439,83 zł	2 273,83 € 9 973,01 zł
C03B	Procedures on the retina via pars plana vitrectomy, with extracapsular lens removal, without other procedure on the retina	1,1724	1 175,50 € 5 155,74 zł	1 820,43 € 7 984,40 zł
C03C	Procedures on the retina via pars plana vitrectomy, without extracapsular lens removal, with other procedure on the retina	1,1973	1 200,46 € 5 265,22 zł	1 859,10 € 8 154,01 zł
C03D	Procedures on the retina via pars plana vitrectomy, without extracapsular lens removal, without other procedure on the retina	1,0797	1 082,55 € 4 748,06 zł	1 676,49 € 7 353,08 zł

Kurs euro na dzień 25.04.2016 r. wynosi 4,386 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [11,14]

#### 2.4.5. Słowenia

W Słowenii od 2004 roku świadczenia/ procedury realizowane w ramach hospitalizacji rozliczane są w ramach systemu finansowania opartego na grupach DRG. Przy wdrażaniu systemu wzorowano się na australijskim DRG (wersja Australian Refined AR-DRG 4.2).

Tabela 17. Grupy HRG dla B16 i B17 w Słowacji

produkt	dokaz	SPP	uteż	Vrednost	storitev	Dejavnost
Vitrektomija s silikonskim oljem ali dekalinom	Mehanska vitrektomija - drugo (98 %)	C03Z	1,05	1 188,60 € 5 213,19 zł	primer	bolnišnična dejavnosti
Zdravljenje z vitrektomijo, vključno v več postopki	Mehanska vitrektomija - drugo (83%)	C03Z	1,05	1 188,60 € 5 213,19 zł	primer	bolnišnična dejavnosti

Kurs euro na dzień 25.04.2016 r. wynosi 4,386 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [10]

#### 2.4.6. Węgry

Na Węgrzech świadczenia/ procedury realizowane w ramach hospitalizacji rozliczane są w ramach systemu finansowania opartego na grupach DRG – zwanych w tym kraju grupami HBC (*Homogén betegségsoportok*) (każda grupa ma przypisaną odpowiednią wagę, którą należy przemnożyć przez wycenę wagi; aktualna wartość jednego punktu = 150 tys. HUF [15]), natomiast świadczenia udzielane ambulatoryjnie/ ambulatoryjna opieka specjalistyczna finansowane są w ramach systemu *fee-for-service point system* (system oparty na niemieckim systemie punktowym; dla każdego ze świadczeń przypisano odpowiednią liczbę punktów; obecne finansowanie: 1 punkt = 1,5 HUF [16]), a opieka długoterminowa – na podstawie ustalonej stawki za osobodzień. Kosztocłonne protezy, implanty lub inne wyroby medyczne takie jak np. rozrusznik serca są finansowane czasami osobno, podczas gdy pozostałe koszty świadczenia zawierają się w taryfie danej grupy HBC. Dotyczy to również niektórych drogich procedur lub leków (w tym np. transplantacje, przeszczepy szpiku kostnego, leki onkologiczne i dializy pozaustrojowe), które są rozliczane indywidualnie. [17].

Tabela 18 Wycena grupy HRG dla B16 i B17 na Węgrzech

Kod HBC	Liczba dni – dolna granica	Liczba dni – górna granica	Liczba dni – normatywna	Wartość bezwzględna [HUF]			Nazwa grupy HBC (tłumaczenie w j. angielskim)
				Grupa HBC	+ zabieg	SUMA	
069B	2	40	4	366 865,50	260 194,50	627 060,00 HUF 885 220,60 zł	Pars plana vitrectomy
069C	2	40	4	141 661,50	56 310,00	197 971,50 HUF 279 476,37 zł	Other vitrectomy

Kurs 100 forintów na dzień 25.04.2016 r. wynosi 1,4117 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [15,16,17]

## 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 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 wymienia, 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: Serbii, Słowacji, Kanady, Słowenii, Łotwy, Czech.

### 2.5.1. Cenniki komercyjne w Polsce

W Polsce ceny komercyjne zabiegów z grupy B18 wahają się od 1990 zł do 5180 zł (średnia: 3185 zł dla 42 świadczeniodawców), B17 od 3200 zł do 8000 zł (średnia: 5221 zł dla 35 świadczeniodawców). Odnaleziono również informację o cenach zabiegów fakowitrektomii, łączących zabiegi witrektomii z usunięciem zaćmy. W przypadku fakowitrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny ceny komercyjne wahały się od 7000 zł do 9000 zł (średnia: 8088 zł dla 4 świadczeniodawców), w przypadku fakowitrektomii - od 6500 zł do 8000 zł (średnia: 7329 zł dla 8 świadczeniodawców).

Tabela 19. Ceny komercyjne w Polsce przy zabiegu w grupie B16, B17 oraz dla fakowitrektomii

	B16	B17	Fakowitrektomia z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny	Fakowitrektomia
średnia	3 185 zł	5 221 zł	8 088 zł	7 329 zł
min	1 990 zł	3 200 zł	7 000 zł	6 500 zł
max	5 180 zł	8 000 zł	9 000 zł	8 000 zł
n	42	35	4	8

Źródło: Opracowanie własne

### 2.5.2. Cenniki komercyjne zagraniczne

W poniższej tabeli zaprezentowano podstawowe dane dotyczące cen komercyjnych dla krajów: Serbii, Słowacji, Kanady, Słowenii, Łotwy i Czech.

Tabela 20. Ceny komercyjne zagranicą przy zabiegu w grupie B16, B17 oraz dla fakowitrektomii

Kod grupy	Statystyka	Kraje					
		Serbia	Słowacja	Kanada	Słowenia	Łotwa	Czechy
B16	średnia	7 356 zł	x	7 447 zł	x	21 289 zł	x
	max	9 508 zł	x	7 447 zł	x	21 289 zł	x
	min	5 205 zł	x	7 447 zł	x	21 289 zł	x
	n	2	x	1	x	1	x
B17	średnia	3 800 zł	3 406 zł	x	10 644 zł	x	4 015 zł
	max	4 129 zł	3 406 zł	x	10 644 zł	x	5 775 zł
	min	3 470 zł	3 406 zł	x	10 644 zł	x	1 320 zł
	n	2	1	x	1	x	3 zł
Fakowitrektomia z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny	średnia	x	x	x	x	x	
	max	x	x	x	x	x	
	min	x	x	x	x	x	
	n	x	x	x	x	x	x
Fakowitrektomia	średnia	x	3 406 zł	x	12 773 zł	x	x
	max	x	3 406 zł	x	12 773 zł	x	x
	min	x	3 406 zł	x	12 773 zł	x	x
	n	x	1	x	1	x	x

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. 31lc 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 ustalenia 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. wpłynęło 18 (dla B16) i 19 (dla B17) ankiet od Podmiotów realizujących zakresy świadczeń. Poniższa tabela zawiera informacje odnośnie procedury pozyskania danych dotyczących przedmiotu opracowania, tj. *Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne* (kod produktu 5.51.01.0002016) oraz *Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne* (kod produktu 5.51.01.0002017).

**Tabela 21. Statystyka prowadzonego postępowania odnoszącego się do świadczeń: Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne oraz Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne**

	B16	B17
Liczba świadczeniodawców, realizujących procedurę w ramach finansowania świadczeń ze środków publicznych	119	119
Liczba przesłanych ankiet, dotyczących przedmiotowej procedury	18	19
Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy przed podpisaniem umowy	1	1
Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali umowę (odpłatną, nieodpłatną)	17	18
Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy po podpisaniu umowy (odpłatna, nieodpłatna)	3	3
Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane (umowa odpłatna, nieodpłatna)	12	15

\*zgodnie z bazą teled adresową przekazaną przez NFZ

Świadczeniodawcy w tym Postępowaniu przekazywali Dane w formie kart kosztowych, tj. formularza zbierającego informacje na temat kosztów przeciętnego/najczęściej stosowanego leczenia danego przypadku (Zarządzenie 7/2016 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 2 marca 2016 roku).

Każdy formularz składał się z kilku części:

- Części ogólnej – zawierającej informacje o świadczeniodawcy i charakterystykę świadczenia opieki zdrowotnej
- Zakładki PL zawierającej informacje 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.
- Zakładek WM 1 i WM 2 dotyczących 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.
- Zakładek PR 1 i PR 2 zbierających informacje o procedurach wykonywanych na rzecz pacjenta w trakcie przeciętej realizacji świadczenia.
- Zakładki ZB zawierającej informacje o wszystkich zasobach i kosztach związanych z realizacją zabiegu.

Szczegółowy wykaz zawartych umów zawiera Załącznik Nr 1.

### 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 22. Wyniki analizy kosztów

Nazwa świadczenia	Średnia długość hospitalizacji	Koszty stałe	Koszty zmienne			Wynik analizy kosztów
			Procedury*	Wyroby medyczne	Leki	
B16 - Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny w tym wieloproceduralne	3,05	3 261,15	62,18	2 082,34	568,84	5 974,51
B17 Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne	2,16	2 410,66	59,90	2 089,45	271,60	4 831,61

\* - diagnostyka i konsultacje

Wyniki analizy kosztów są o 27% (B16) i 30% (B17) 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 ustalenie ścisłych kryteriów kwalifikacji do świadczenia w oparciu o analizy HTA.

Tabela 23. Projekty taryf dla świadczeń zabiegów witrektomii (grupy JGP B16 i B17)

Świadczenie	Projekt taryfy (PLN)	Projekt taryfy (punkty)	Zmiana %	Uwagi
B16 Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne	8 476	163,00	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.
B17 Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne	7 280	140,00	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 zabiegów witrektomii na niezmiennym poziomie, skutki finansowe dla płatnika publicznego w zakresie wydatków na realizację świadczeń z grup B16 i B17 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 witrektomii.

## 5. Kluczowe informacje i wnioski

Celem opracowania jest weryfikacja wyceny punktowej świadczeń Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne (grupa JGP B16) oraz Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne (grupa JGP B17) przyjętej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w oparciu o analizę rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców, a także popytu i podaży.

Witrektomia jest zabiegiem witreoretinalnym w zakresie głębokich struktur gałki ocznej polegającym na usunięciu za pomocą narzędzi mikrochirurgicznych patologicznych zmian i schorzeń z ciała szklistego i siatkówki oka. Witrektomię stosuje się celem stabilizacji, przywrócenia lub też poprawy funkcji siatkówki. Uważana jest za zabieg ostatniej szansy, na który kwalifikowani są pacjenci wtedy, kiedy nie ma innych sposobów wyleczenia siatkówki lub ciała szklistego.

Według danych NFZ, w 2015 r. 94 świadczeniodawców realizowało świadczenia z grupy B16 i 111 świadczeniodawców z grupy B17.

Według danych NFZ z marca 2016 r. średni czas oczekiwania na zabieg witrektomii w skali kraju wynosi około 19 dni w przypadkach pilnych (średnio około 6 osób oczekujących) i prawie 2,5 miesiąca w przypadkach stabilnych (średnio 32 osoby w kolejce).

Całkowita liczba oczekujących na zabiegi witrektomii wyniosła w marcu 2016 r. ponad 916 dla przypadków pilnych oraz prawie 5 tys. dla przypadków stabilnych.

Aktualna wycena zabiegów witrektomii stosowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynosi 163 punkty (8 476 PLN) dla grupy B16 dla świadczeniodawców z umową „hospitalizacja”, 155 punktów (8 060 PLN) dla świadczeniodawców z umową „hospitalizacja planowa” oraz 147 punktów (7 644) dla świadczeniodawców z umową „leczenie 1 dnia” lub świadczeń realizowanych <2 dni. W przypadku grupy B17 wycena kształtuje się, odpowiednio: 140 punktów (7 280 PLN), 133 punkty (6 916 PLN) i 126 punktów (6 552 PLN). W 2014 roku zrealizowano 8 046 świadczeń z grupy B16 na łączną kwotę 66 312 154 zł oraz 8 760 świadczeń z grupy B17 na łączną kwotę 60 860 zł.

Ceny komercyjne w Polsce zabiegów z grupy B18 wahają się od 1990 zł do 5180 zł (średnia: 3185 zł dla 42 świadczeniodawców), B17 od 3200 zł do 8000 zł (średnia: 5221 zł dla 35 świadczeniodawców). W przypadku fakowitrektomii (łączy zabiegi witrektomii z usunięciem zaćmy) z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, ceny komercyjne wahały się od 7000 zł do 9000 zł (średnia: 8088 zł dla 4 świadczeniodawców), w przypadku fakowitrektomii - od 6500 zł do 8000 zł (średnia: 7329 zł dla 8 świadczeniodawców).

Wyniki przeprowadzonej analizy kosztów są o 27% (B16) i 30% (B17) 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 kontrolę po wykonaniu zabiegu.

Wobec propozycji pozostawienia wyceny procedur dotyczących zabiegów witrektomii na niezmiennym poziomie, skutki finansowe dla płatnika publicznego w zakresie wydatków na realizację świadczeń z grup B16 i B17 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 witrektomii.

### Dodatkowe uwagi

- Rekomenduje się ustalenie ścisłych kryteriów kwalifikacji do świadczenia w oparciu o analizy HTA.



- Proponuje się wprowadzenie dodatkowego produktu dla jednoczesnej operacji zaćmy z witrektomią (tzw. fakowitrektomii). Zabiegi fakowitrektomii są powszechnie wykonywane na rynku prywatnym, generalnie cena komercyjna fakowitrektomii jest o około 1000 zł wyższa od ceny samej witrektomii. Obecnie NFZ płaci odrębnie za oba świadczenia oddzielnie. Wprowadzenie takiego produktu do katalogu NFZ można byłoby zastosować do pacjentów wymagających obu zabiegów, a tym samym pozwoliłoby to na obniżenie kosztów.

## 6. Źródła

	Opracowano korzystając z następujących źródeł:
[1]	<a href="https://en.wikipedia.org/wiki/Vitreotomy">https://en.wikipedia.org/wiki/Vitreotomy</a> ; <a href="https://pl.wikipedia.org/wiki/Witrektomia">https://pl.wikipedia.org/wiki/Witrektomia</a> ; <a href="http://www.mavit.com.pl/chirurgia_witreoretinalna">http://www.mavit.com.pl/chirurgia_witreoretinalna</a> ; <a href="http://www.ocho.pl/pl/leczenie/witrektomiaopis">http://www.ocho.pl/pl/leczenie/witrektomiaopis</a> ; <a href="http://witrektomia.info/">http://witrektomia.info/</a> ; <a href="http://weissklinika.pl/okulistyka/witrektomia/">http://weissklinika.pl/okulistyka/witrektomia/</a> ; <a href="http://www.okolaser.com.pl/64/witrektomia.html">http://www.okolaser.com.pl/64/witrektomia.html</a> ; <a href="http://angelius.pl/zabieg-witrektomii.html">http://angelius.pl/zabieg-witrektomii.html</a> ; <a href="http://oftalmika.pl/news/11/32/Witrektomia/d,szczegolowy_zabieg">http://oftalmika.pl/news/11/32/Witrektomia/d,szczegolowy_zabieg</a> ; <a href="http://www.ocuservice.com/teksty.php?plik=witrektomia/index.php&amp;jaki_plik=witrektomia">http://www.ocuservice.com/teksty.php?plik=witrektomia/index.php&amp;jaki_plik=witrektomia</a> ; <a href="http://www.kcmclinic.pl/pl/dla-pacjentow/poradnik,29,co-to-jest-witrektomia,395.htm">http://www.kcmclinic.pl/pl/dla-pacjentow/poradnik,29,co-to-jest-witrektomia,395.htm</a> ; <a href="http://www.spektrum.wroc.pl/nasze-uslugi/zabiegi-operacyjne/12,chirurgia-szklistkowo-siatkowkowa-witrektomia.html">http://www.spektrum.wroc.pl/nasze-uslugi/zabiegi-operacyjne/12,chirurgia-szklistkowo-siatkowkowa-witrektomia.html</a> .
[2]	Zarządzenie nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne.
[3]	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2013 poz. 1520)
[4]	Busse R., Geissler A., Jednorodne grupy pacjentów w Europie. W stronę przejrzystości, efektywności i jakości w szpitalach. Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2013
[5]	<a href="https://www.gov.uk/government/publications/nhs-national-tariff-payment-system-201617">https://www.gov.uk/government/publications/nhs-national-tariff-payment-system-201617</a> ( <a href="https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/509698/Annex_A_national_prices_and_national_tariff_workbook.xlsx">https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/509698/Annex_A_national_prices_and_national_tariff_workbook.xlsx</a> )
[6]	<a href="http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/96433/E89731.pdf?ua=1">http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/96433/E89731.pdf?ua=1</a> , data dostępu: 22.04.2016 r.
[7]	<a href="http://www9.health.gov.au/mbs/search.cfm">http://www9.health.gov.au/mbs/search.cfm</a> , data dostępu: 22.04.2016 r.
[8]	<a href="http://biurose.sejm.gov.pl/teksty_pdf_06/i-1256.pdf">http://biurose.sejm.gov.pl/teksty_pdf_06/i-1256.pdf</a> , data dostępu: 22.04.2016 r.;
[9]	<a href="http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/96433/E89731.pdf?ua=1">http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/96433/E89731.pdf?ua=1</a> , <a href="http://www9.health.gov.au/mbs/search.cfm">http://www9.health.gov.au/mbs/search.cfm</a> , <a href="http://biurose.sejm.gov.pl/teksty_pdf_06/i-1256.pdf">http://biurose.sejm.gov.pl/teksty_pdf_06/i-1256.pdf</a> , <a href="https://www.ihsa.gov.au/publications/nwau-calculator-acute-activity-2016-17">https://www.ihsa.gov.au/publications/nwau-calculator-acute-activity-2016-17</a> oraz NWAU calculator for non-admitted activity 2016-17 <a href="https://www.ihsa.gov.au/publications/nwau-calculator-non-admitted-activity-2016-17">https://www.ihsa.gov.au/publications/nwau-calculator-non-admitted-activity-2016-17</a> , <a href="http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/downloads">http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/downloads</a>
[10]	<a href="http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/95138/E74467.pdf?ua=1">http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/95138/E74467.pdf?ua=1</a> ; <a href="http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/publicly-funded-health-and-disability-services">http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/publicly-funded-health-and-disability-services</a> , <a href="http://www.health.govt.nz/nz-health-statistics/data-references/weighted-inlier-equivalent-separations/wiesnz15-cost-weights">http://www.health.govt.nz/nz-health-statistics/data-references/weighted-inlier-equivalent-separations/wiesnz15-cost-weights</a>
[11]	<a href="http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/95138/E74467.pdf?ua=1">http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/95138/E74467.pdf?ua=1</a> ; <a href="http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/publicly-funded-health-and-disability-services">http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/publicly-funded-health-and-disability-services</a> , data dostępu: 22.04.2016 r.
[12]	<a href="https://edrg.portaludzsk.sk/sadzby/">https://edrg.portaludzsk.sk/sadzby/</a> , data dostępu: 22.04.2016 r.
[13]	<a href="http://www.noveaspi.sk/products/lawText/1/60249/1/2">http://www.noveaspi.sk/products/lawText/1/60249/1/2</a> , data dostępu: 22.04.2016 r.
[14]	<a href="https://edrg.portaludzsk.sk/sadzby/">https://edrg.portaludzsk.sk/sadzby/</a> , <a href="http://www.noveaspi.sk/products/lawText/1/60249/1/2">http://www.noveaspi.sk/products/lawText/1/60249/1/2</a>
[15]	<a href="http://www.oep.hu/data/cms1001072/Hbcs50_torz_20150101.xls">http://www.oep.hu/data/cms1001072/Hbcs50_torz_20150101.xls</a> , data dostępu: 22.04.2016 r.
[16]	<a href="http://www.gyogyinfok.hu/szabalykonyv/index.asp?mid=1">http://www.gyogyinfok.hu/szabalykonyv/index.asp?mid=1</a> , data dostępu: 22.04.2016 r.
[17]	<a href="http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300009.NM">http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300009.NM</a> , 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 – B16
- Zal. 4. Szczegółowe oszacowania taryfy – B17
- Zal. 5. Wykaz cen komercyjnych zagranicznych w zakresie zabiegów witrektomii
- Zal. 6. Wykaz cen komercyjnych polskich w zakresie zabiegów witrektomii
- Zal. 7. Szczegółowe elementy oszacowania: leki, wyroby medyczne i procedury
- Zal. 8. Koszty jednostkowe w oddziale szpitalnym