



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Taryfikacji

Duże zabiegi w dolnej części układu rozrodczego (M02) i zabiegi w nietrzymaniu moczu (M05)''

Opracowanie na potrzeby wydania taryfy

Nr: WT.541.11.2016

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.)

POP – Plevic Organ Prolapse

PTUG – Polskie Towarzystwo Uroginekologiczne

Spis treści

1. Problem decyzyjny	4
2. Oceniane świadczenie	5
2.1. Charakterystyka świadczenia.....	5
2.1.1. Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego (M02)	5
2.1.2. Zabiegi w nietrzymaniu moczu (M05).....	6
2.2. Sposób oraz poziom finansowania w Polsce	6
2.3. Analiza popytu i podaży	10
2.4. Sposób oraz poziom finansowania w innych krajach.....	13
2.5. Cenniki komercyjne	14
2.5.1. Ceny komercyjne w Polsce	14
2.5.2. Ceny komercyjne za granicą	14
3. Taryfa	16
3.1. Pozyskanie danych	16
3.2. Ustalenie taryfy.....	17
3.2.1. Metodyka wyceny świadczeń	17
3.2.2. Projekt taryfy.....	18
4. Analiza wpływu na budżet	19
5. Kluczowe informacje i wnioski	20
6. Źródła	21
7. Załączniki	22

1. Problem decyzyjny

Celem 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.

2. Oceniane świadczenie

Przedmiotem opracowania są zabiegi wykonywane w zaburzeniach statyki narządu rodnego, definiowanych przez rozpoznania N81 Wypadanie żeńskich narządów płciowych, które finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach grupy M02 Duże zabiegi w dolnej części układu rozrodczego.

Drugą grupę świadczeń stanowi operacyjne leczenie nietrzymania moczu, rozliczane w rodzaju leczenie szpitalne w ramach grupy M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu.

2.1. Charakterystyka świadczenia

2.1.1. Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego (M02)

Głównym rozpoznaniem w tej grupie są zaburzenia statyki dna miednicy oraz towarzyszące im zaburzenia czynnościowe w postaci różnych form klinicznych nietrzymania moczu i stolca. Częstość występowania tego zaburzenia może dotyczyć ok. 33 % kobiet w wieku pomenopauzalnym [9]. Niektóre badania wskazują, że problem może dotyczyć aż 50 % wieloródek – jednak tylko 10 % wymaga interwencji chirurgicznej [10]. Wśród mężczyzn zachorowalność kształtuje się na poziomie 5 % i głównie związana jest z chorobami gruczołu krokowego. Szacuje się, że ryzyko operacji w ciągu trwania życia wynosi 10-20%[1].

Obniżenie narządu rodnego (POP) objawia się zmianą ułożenia macicy i pochwy, przy opcjonalnym obniżeniu dolnych dróg moczowych, pęcherza moczowego bądź odbytnicy. Dolegliwości mogą przebiegać objawowo lub bezobjawowo, co jest istotnym czynnikiem różnicującym konieczność wykonania operacji [4].

Do najważniejszych przyczyn POP należą: (1) ciąża i urazy związane z porodem drogami naturalnymi, (2) menopauza i zmiany związane ze starzeniem, w tym utrata lordozy kręgosłupa, (3) przebyte operacje w obrębie miednicy wraz z operacjami odbytnicy i odbytu, (4) współistniejące choroby wyrażające się zmianami w obrębie tkanki łącznej np. zespół Marfana, (5) rasa i grupa etniczna, (6) zaburzenia oddawania stolca [2], (7) predyspozycje genetyczne, (8) styl życia związany z powstaniem otyłości lub paleniem tytoniu [1], schorzenia przebiegające z uporczywym kaszlem (u chorych na astmę) lub przyczyny jatrogenne (usunięcie macicy).

Klinicznie rozróżnia się 3 poziomy zaburzeń statyki. Defekt na poziomie pierwszym polega na uszkodzeniu więzadeł krzyżowo-macicznymi. U zdrowych pacjentek więzadła utrzymują w prawidłowym położeniu macicę i pochwę, natomiast u pacjentek po usunięciu macicy tylko pochwę. Poziom drugi defektów polega na zaburzeniu funkcji struktur powięziowych utrzymujących pęcherz i odbytnicę. Trzeci poziom obejmuje uszkodzenie struktur podtrzymujących cewkę moczową.

Zaburzenia statyki narządów rodnych są obserwowane u prawie wszystkich kobiet, które rodziły, ale u młodych pacjentek nie powodują dyskomfortu. Do głównych objawów POP należą [5]:

- Uczucie parcia i ucisku ku dołowi.
- Zaburzenia funkcji pęcherza moczowego:
 - Częstomocz
 - Zapalenie pęcherza i odmiedniczkowe zapalenie nerek spowodowane zaleganiem moczu
 - Wysiłkowe nietrzymanie moczu
- Zaparcia lub trudności w oddawaniu stolca
- Niekontrolowane oddawanie gazów
- Częste stany zapalne pochwy
- Bóle w okolicy krzyżowej lub promieniujące do pachwin.

Leczenie zaburzeń związanych z obniżeniem narządów miednicy mniejszej polega na dostosowaniu typu operacji do występującego rodzaju defektu. W przypadku defektu pierwszego poziomu leczenie polega na przywróceniu funkcji więzadeł krzyżowo-macicznymi za pomocą laparotomii lub laparoskopii. Zaburzenia struktur powięziowych utrzymujących pęcherz i odbytnicę również leczy się powyższymi metodami, jak i poprzez plastykę pochwy z użyciem materiału alloplastycznego.

2.1.2. Zabiegi w nietrzymaniu moczu (M05)

Problemy z nietrzymaniem moczu (NTM) dotyczą przeciętnie 27,6% procent populacji żeńskiej i 10,5% populacji mężczyzn, przez co NTM można nazwać problemem społecznym [6]. Problem nasila się wraz z wiekiem, zaledwie 39% kobiet cierpiących na tę chorobę jest w okresie rozrodczym. Wyróżnia się 3 postacie NTM: wysiłkową, nagłą i mieszaną, przy czym dominująca jest postać wysiłkowa (49%) [6].

Zgodnie z wytycznymi PTUG wysiłkowe nietrzymanie moczu to bezwiedna utrata moczu podczas uruchamiania tłoczni brzusznej, na przykład w trakcie wysiłku fizycznego. Wysiłkowe nietrzymanie moczu dzieli się na proste i złożone. O złożonym NTM można mówić, gdy pacjentka: była poddana operacjom uroginekologicznym, ma objawy neurologiczne, ma objawy zaburzenia statyki narządów miednicy mniejszej lub jeżeli pacjentka planuje ciążę [7].

Wysiłkowe NTM można podzielić na III stopnie. W leczeniu I stopnia stosuje się fizjoterapię i miejscową estrogenizację. Zaburzenia II i III stopnia podlegają leczeniu operacyjnemu poprzez implantację taśm podcewkowych, fizjoterapii i miejscowej estrogenizacji. Jeżeli metody operacyjne zawodzą, proponowane jest leczenie z użyciem hydrożeli aplikowanych okołocewkowo. PTUG nie zaleca stosowania leczenia farmakologicznego w wysiłkowej postaci NTM [8].

Leczenie operacyjne u osób z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, gdy leczenie zachowawcze okazało się nieefektywne, jest najskuteczniejszą formą terapii, wyleczenie następuje u 80-95% pacjentów. Metoda ta dedykowana jest kobietom z nasilonym nietrzymaniem moczu, a także mężczyznom, u których doszło do uszkodzenia cewki moczowej w trakcie wykonywanych zabiegów chirurgicznych.

U kobiet stosuje się zabiegi operacyjne z użyciem taśm TVT, TVT Secur oraz TOT, Miniarcze, IVS, T Sling, a także operację Burcha, czyli zasłonowe podwieszenie szyi pęcherza moczowego.

Zabiegi operacyjne z użyciem taśm są małoinwazyjne i charakteryzują się niewielką liczbą powikłań – prawie wszystkie osoby poddające się operacji wracają do zdrowia.

2.2. Sposób oraz poziom finansowania w Polsce

Świadczenia udzielane w ramach grup M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego i M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu realizowane są w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresach: położnictwo i ginekologia, ginekologia onkologiczna oraz urologia. Wymagania dla tych zakresów zostały określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. poz. 1520, z późn. zm.), doszczegółowione natomiast 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.

Świadczenia te mogą być realizowane w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia. W tabeli poniżej zamieszczone zostały wartości punktowe obu grup dla poszczególnych trybów hospitalizacji oraz pozostałe definiujące tę grupę informacje. Cena punktu ustalana jest indywidualnie podczas negocjacji płatnika ze świadczeniodawcami, a oczekiwana wartość jednego punktu wynosi 52 zł

Tabela 1. Wycena punktowa grup M02 i M05

Kod grupy	Nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji < 2 dni - typ umowy hospitalizacja/hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja
M02	Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego *	81	77		14		6
M05	Zabiegi w nietrzymaniu moczu*	75	71	68	11	68	6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zarządzenia 110/2015 Prezesa NFZ

W 2014 roku w Polsce zabiegom rozliczonym w grupie M02 zostało poddanych 25 776 kobiet. Wg. statystyk publikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wartość zrealizowanych świadczeń w tym samym roku wynosiła w przybliżeniu 110 mln złotych [3]. Natomiast roczne wydatki na świadczenia z grupy M05 w 2014 roku wyniosły 32 mln złotych i dotyczyły około 8 300 pacjentów.

Zgodnie z załącznikiem nr 9 do Zarządzenia nr 110/2015 Prezesa NFZ w rodzaju leczenie szpitalne, rozliczenie grupy M02 możliwe jest w przypadku wykonania jednej z procedur ujętych na liście M02 oraz rozpoznania zasadniczego z listy M1 albo rozpoznania współistniejącego z listy M2. W przypadku grupy M05 do rozliczenia wystarczy wskazanie samej procedury spośród procedur znajdujących się na liście M05. W tabelach poniżej zostały przedstawione szczegółowe zestawienia ww. procedur, z podaniem list, na których one występują oraz produktów, których rozliczenie warunkują.

Tabela 2. Procedury występujące w grupie M02

M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego
wymagane wskazanie procedury z listy procedur M02 oraz rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej M1
<i>lub</i>
wymagane wskazanie procedury z listy procedur M02 oraz rozpoznania współistniejącego z listy dodatkowej M2
ICD-9
57.883 Operacja przetoki pęcherzowo-odbytniczej albo pęcherzowo-pochwowo-odbytniczej z dostępu nadłonowego lub kroczonego
57.884 Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej albo moczowodowo-pochwowej z dostępu przez pochwę – operacja prosta
57.885 Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej albo pęcherzowo-cewkowo-pochwowej z dostępu przez pochwę lub nadłonowego
57.886 Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej z dostępu przezpęcherzowego pozaotrzewnowego
57.887 Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej z dostępu przez laparotomię
57.888 Operacja przetoki pęcherzowo-macicznej z usunięciem macicy
57.889 Operacja przetoki pęcherzowo-macicznej bez usunięcia macicy
67.4 Wycięcie szyjki macicy z równoczesną plastyką pochwy
70.4 Zamknięcie światła pochwy i całkowite wycięcie pochwy
70.50 Plastyka przednia i tylna pochwy
70.511 Przednia plastyka pochwy z wycięciem uchylka cewki moczowej
70.521 Tylna plastyka pochwy
70.61 Wytworzenie pochwy
70.62 Odtworzenie pochwy
70.71 Szycie rozdarcia pochwy
70.72 Operacja przetoki pochwowo-okrężniczej
70.73 Operacja przetoki pochwowo-odbytniczej
70.74 Operacja innych przetok pochwowo-jelitowych
70.75 Operacja innych przetok pochwowych
70.77 Podwieszenie i umocowanie pochwy
70.8 Zamknięcie (zwężenie) sklepienia pochwy
71.61 Jednostronne proste wycięcie sromu
71.62 Obustronne proste wycięcie sromu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zarządzenia 110/2015 Prezesa NFZ

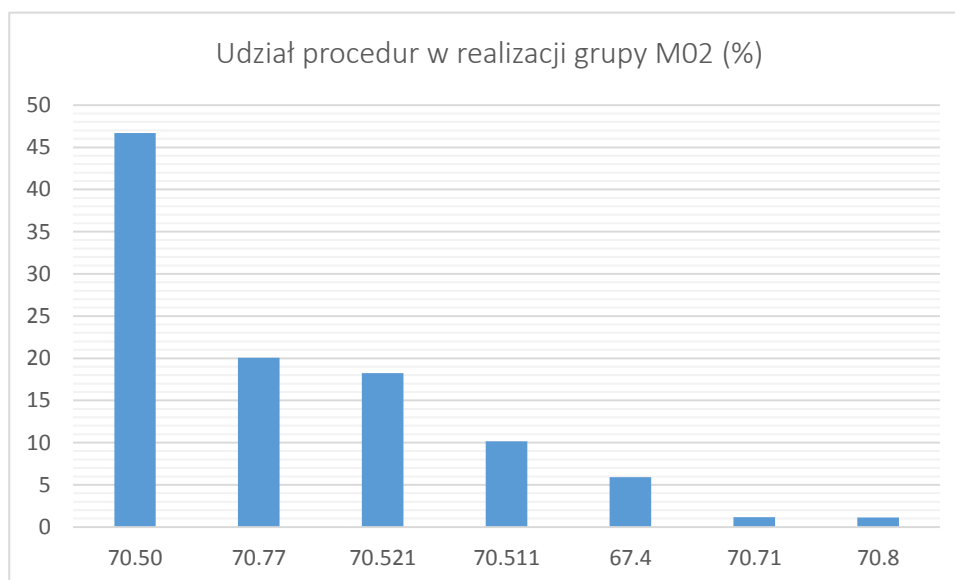
Tabela 3. Procedury występujące w grupie M05

M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu
<i>grupa bazowa</i>
ICD-9

M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu
59.31 Operacja cewki metodą Kelly`ego-Kennedy`ego
59.32 Plikacja cewki metodą Kelly`ego-Stoeckela
59.41 Operacja metodą Goebela-Frangenheima-Stoeckela
59.42 Operacja metodą Millina-Reada
59.43 Operacja metodą Oxford
59.44 Uretrocystopeksja przez podwieszenie nadłonowe
59.51 Operacja metodą Burcha
59.52 Operacja metodą Marshalla-Marchetti`ego-Krantza
59.53 Przyszycie tkanki okołocewkowej do spojenia łonowego
59.61 Operacja metodą Pereyry
59.711 Cystourethropeksja z użyciem pętli z mięśnia dźwigacza odbytu
59.712 Podwieszenie szyi pęcherza moczowego z użyciem przeszczepionego mięśnia smukłego uda
59.713 Podwieszenie szyi pęcherza z użyciem pętli łonowo-guzicznej
59.791 Uretropeksja przednia
59.792 Uretropeksja metodą Tudora ("królicze ucho")
59.793 Podwieszenie cewki i pęcherza z użyciem materiału syntetycznego
59.794 Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu przezpochwowa bez użycia taśmy
59.795 Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu przezpochwowa z użyciem taśmy
59.796 Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego (typu Marschalla-Marchettiiego-Kranza, Burcha)
59.797 Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu z dostępu nadłonowego z użyciem taśmy (sling) z tkanek własnych chorej lub z materiału syntetycznego
59.799 Zabiegi z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu - inne - nieokreślone inaczej

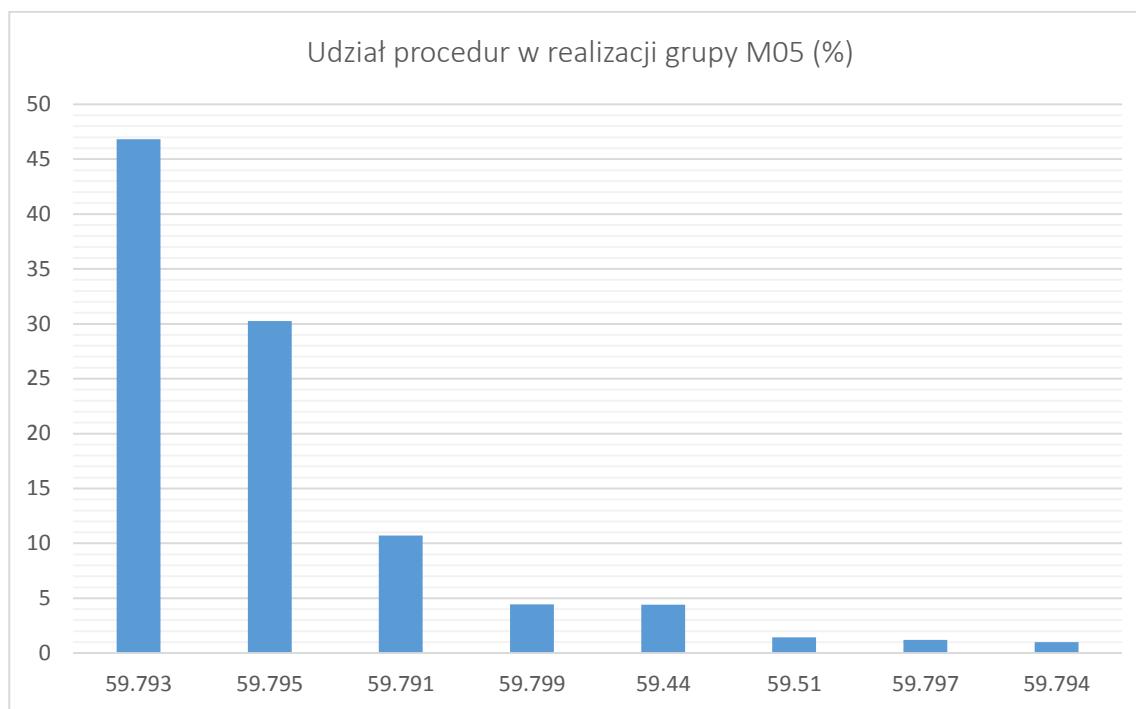
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Zarządzenia 110/2015 Prezesa NFZ

Zestawienie najliczniej realizowanych procedur wraz z ich udziałem procentowym w realizacji grup przedstawiają poniższe wykresy.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyk JGP <http://prog.nfz.gov.pl/app-igp/>, dostęp: 15.04.2016

Rycina 1. Udział procedur w grupie M02



Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyk JGP <http://prog.nfz.gov.pl/app-igp/>, dostęp: 15.04.2016

Rycina 2. Udział procedur w grupie M05

Do najczęstszych rozpoznań, z jakimi sprawozdawane były świadczenia w grupie M02, należą: N81.2 Częściowe wypadanie macicy i pochwy (30,16%), N81.1 Uchyłek pęcherza moczowego (15,37%) oraz N81.3 Całkowite wypadanie macicy i pochwy (10,70%).

Natomiast w grupie M05 najczęściej wykazywano rozpoznania takie jak: N39.3 Nietrzymanie moczu wysiłkowe (76,44%), N39.4 Inne określone nietrzymanie moczu (4,32%) czy N81.1 Uchyłek pęcherza moczowego (3,31%).

Szczegółowe statystyki dotyczące rozpoznań przedstawione zostały w poniższych tabelach.

Tabela 4. Rozpoznania najczęściej sprawozdawane w grupie M02 w roku 2014

rozpoznanie zasadnicze	udział wystąpień w roku 2014
N81.2 Częściowe wypadanie macicy i pochwy	30,16%
N81.1 Uchyłek pęcherza moczowego	15,37%
N81.3 Całkowite wypadanie macicy i pochwy	10,70%
N81.9 Wypadanie żeńskich narządów płciowych, nie określone	8,32%
N81.8 Inne wypadanie żeńskich narządów płciowych	6,16%
N81.6 Uchyłek odbytnicy	4,72%
N81.4 Wypadanie macicy i pochwy, nie określone	4,36%
D25.9 Mięśniak gładkokomórkowy macicy, nie określony	3,29%
N81.0 Uchyłek cewki moczowej u kobiet	2,70%
N81.5 Przepuklina jelitowa w ścianie pochwy (enterocoele)	1,13%
D25.1 Mięśniak gładkokomórkowy śródścienny macicy	1,07%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyk JGP <http://prog.nfz.gov.pl/app-igp/>, dostęp: 15.04.2016

Tabela 5. Rozpoznanie najczęściej sprawozdawane w grupie M05 w roku 2014

rozpoznanie zasadnicze	udział wystąpień w roku 2014
N39.3 Nietrzymanie moczu wysiłkowe	76,44%
N39.4 Inne określone nietrzymanie moczu	4,32%
N81.1 Uchylek pęcherza moczowego	3,31%
N81.2 Częściowe wypadanie macicy i pochwy	3,06%
R32 Nietrzymanie moczu, nie określone	2,08%
N39.9 Zaburzenie układu moczowego, nie określone	1,69%
N81.9 Wypadanie żeńskich narządów płciowych, nie określone	1,66%
N81.3 Całkowite wypadanie macicy i pochwy	1,09%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyk JGP <http://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/>, dostęp: 15.04.2016

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 uwadze fakt, że 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.

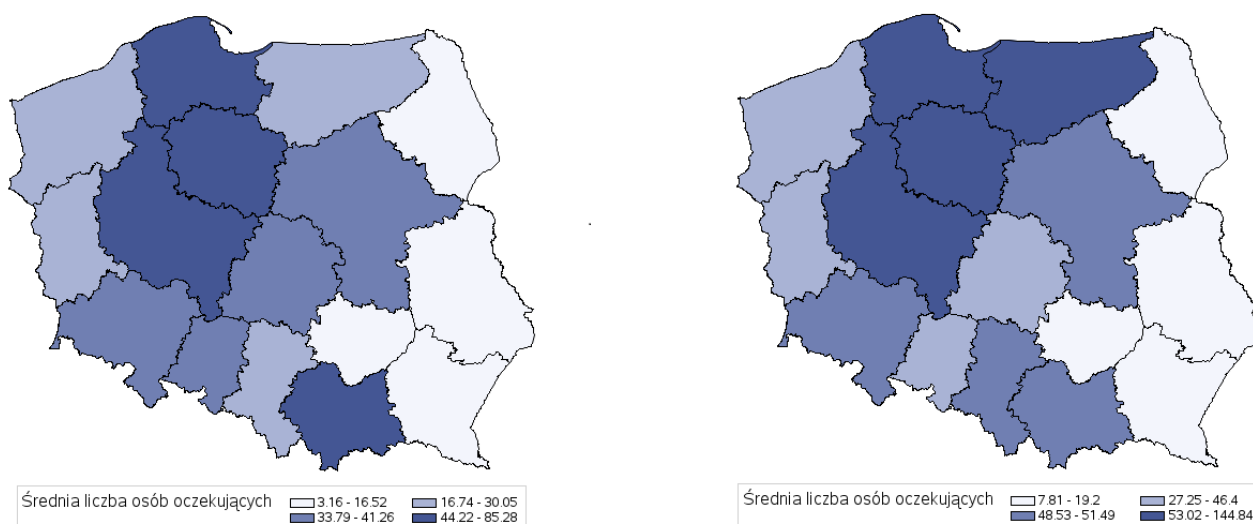
W odniesieniu do zakresów, w ramach których mogą być realizowane świadczenia z grup M02 i M05, średnia liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania przedstawione zostały w poniższej tabeli.

Tabela 6. Stan kolejek do świadczeń na marzec 2016r.

Parametr	Średnia liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Średnia liczba osobodni (iloczyn)
Świadczenia grupy M02	34.16	16.73	2 052.57
Świadczenia grupy M05	45.82	20.65	2 596.64

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

Odnosząc się do poszczególnych województw można zauważyć zróżnicowanie terytorialne. Dobrze zilustrowane zostało to na poniższej rycinie. Zestawiono na niej informację o stanie kolejek w zakresie tzw. Przypadków pilnych, w formie średniej wartości w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ. W okresie od listopada 2015 r. do marca br. oba wskaźniki wykazują lekką tendencję wzrostową, większą w kategorii średniego czasu oczekiwania niż w kategorii liczby osób oczekujących.



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia. Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne

Rycina 3. Średnia liczba oczekujących przypadki stabilne stan na marzec 2016 od lewej grupa M02, M05

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.

Świadczenia z grup M02 i M05 mogą być realizowane w ramach kilku wskazanych przez płatnika zakresów. Poniżej przedstawiono zestawienie liczby łóżek oraz ich wykorzystania na wybranych oddziałach mogących realizować analizowane świadczenia.

Tabela 7. Działalność szpitali stacjonarnych ogólnych: liczba bezwzględna łóżek na oddziale

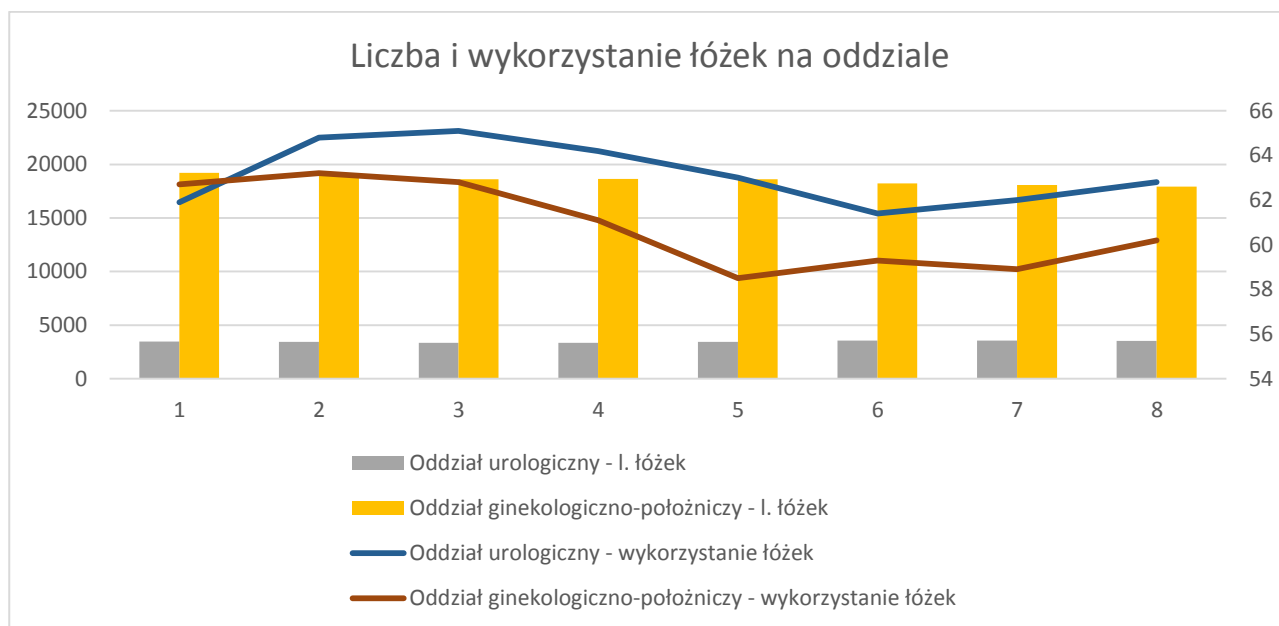
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Oddział urologiczny - I. łóżek	3479	3442	3349	3352	3438	3573	3571	3546
Oddział ginekologiczno-położniczy - I. łóżek	19207	18951	18598	18634	18612	18214	18065	17931

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

Tabela 8. Działalność szpitali stacjonarnych ogólnych: wykorzystanie łóżek (w %) na oddziale

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Oddział urologiczny - wykorzystanie łóżek	61,9	64,8	65,1	64,2	63	61,4	62	62,8
Oddział ginekologiczno-położniczy - wykorzystanie łóżek	62,7	63,2	62,8	61,1	58,5	59,3	58,9	60,2

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



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

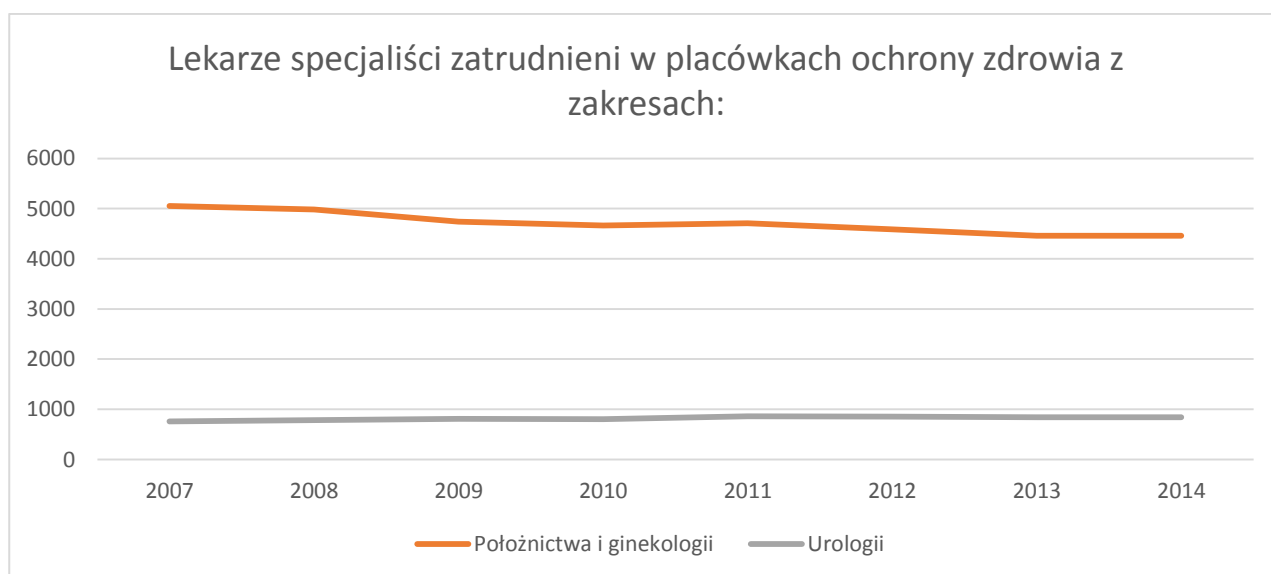
Rycina 4. Liczba i wykorzystanie łóżek na oddziale

O potencjale do realizacji świadczeń mówi także liczba lekarzy danej specjalności, którzy są czynni zawodowo. Ten aspekt strony popytowej zobrazowany został poniżej.

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

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Położnictwa i ginekologii	5055	4982	4741	4665	4710	4584	4458	4461
Urologii	761	787	810	806	862	856	842	841

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



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

Rycina 5. Lekarze specjaliści zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia

2.4. Sposób oraz poziom finansowania w innych krajach

Podczas analizy wyszukano i określono poziom finansowania świadczeń w innych krajach. Wśród analizowanych państw znalazły się: Słowenia, Wielka Brytania, Australia, Nowa Zelandia, Słowacja i Węgry. Wartość świadczeń przeliczono na złotówki posługując się kursem z dnia: 26.04.2016. Należy zaznaczyć, że specyfika wyceny jest odmienna w każdym z krajów, w związku z czym koszt świadczenia może obejmować różny zakres elementów składowych.

Tabela 10. Poziom finansowania w innych krajach

Kraj	Grupa świadczeń	Wartość	Waluta	Koszt PLN
Słowenia	Leczenie Inkontynencji	1075	EURO	4 709 zł
Wielka Brytania	Leczenie Inkontynencji	988-1420	EURO	4327 zł -6219 zł
Wielka Brytania	Leczenie Inkontynencji	713-1025	EURO	3122 zł -4489 zł
Australia	M02 - N06A	10833	\$AU	32 499 zł
Australia	M02 - N06B	6705	\$AU	20 115 zł
Australia	M02 - N08Z	6305	\$AU	18 916 zł
Australia	M05 - L06A	21556	\$AU	64 667 zł
Australia	M05 - L06B	8290	\$AU	24 870 zł
Australia	M05 - L06C	5355	\$AU	16 066 zł
Australia	M05 - L08A	8302	\$AU	24 905 zł
Australia	M05 - L08B	3810	\$AU	11 429 zł
Nowa Zelandia	M02 - N06A	6795	\$NZ	18 143 zł
Nowa Zelandia	M02 - N06B	4870	\$NZ	13 004 zł
Nowa Zelandia	M02 - N08Z	5480	\$NZ	14 630 zł
Nowa Zelandia	M05 - L06A	8998	\$NZ	24 024 zł
Nowa Zelandia	M05 - L06B	3908	\$NZ	10 434 zł
Nowa Zelandia	M05 - L08A	5858	\$NZ	15 640 zł
Nowa Zelandia	M05 - L08B	4770	\$NZ	12 736 zł
Słowacja	M02 - N21Z	1357	EURO	5 943 zł
Słowacja	M02 - N25Z	896	EURO	3 923 zł
Słowacja	M05 - L06A	1781	EURO	7 801 zł
Słowacja	M05 - L06B	997	EURO	4 366 zł
Węgry	M02 - 6510	180156	HUF	2 528 zł
Węgry	M02 - 6520	238410	HUF	3 345 zł
Węgry	M02 - 670Z	479364	HUF	6 726 zł
Węgry	M05 - 5720	454082	HUF	6 371 zł

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

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.

2.5.1. Ceny komercyjne w Polsce

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.

Informacje na temat komercyjnych cen zabiegów przedstawione zostały w poniższej tabeli:

Tabela 11. Ceny komercyjne procedur z grup M02 i M05

Świadczenie	Cena zł
Leczenie NTM	3500
Leczenie NTM	2500
Podwieszenie cewki z użyciem taśmy TVT, TVT-O	4200
Podwieszenie cewki TOT	2300
Podwieszenie cewki z użyciem taśmy TVT, TVT-O	2500
Podwieszenie cewki moczowej taśmą TVT/TOT	4500
Leczenie NTM implantami okołocewkowymi	4000
Operacja typu sling przezpochwowa	4500
Operacja NTM techniką laparoskopową?	6500
Podwieszenie cewki moczowej w NTM, TOT, TVT, mini	6000
Podwieszenie macicy, szyji i pochwy z materiałem alloplast	5000
Podwieszenie cewki TOT/TVT	5000
Podwieszenie cewki TVT/TOT	3800
Pomniejszenie macicy drogą brzuszną	3000

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie stron internetowych i korespondencji

2.5.2. Ceny komercyjne za granicą

W analogiczny sposób, ceny komercyjne w innych krajach zostały pozyskane przez przeszukiwanie stron internetowych jak również drogą mailową. Odnaleziono ceny dla krajów: Australia, Kanada, Litwa, Łotwa, Węgry, Wielka Brytania, Stany Zjednoczone.

Tabela 12. Zagraniczne komercyjne cenniki świadczeń

Kraj	Procedura	Cena ZŁ
USA	Operacja cystocele i rektocele	14 565,13
USA	Operacja Cystocele	13 916,21
USA	Operacja Rektocele	14 039,99
USA	Operacja metodą Burcha	15 154,04
USA	Metoda Pereyra	15 131,53
USA	Podtrzymanie pęcherza z użyciem slingów	15 791,71
USA	Operacja na nietrzymanie moczu	22 506 – 26 257
USA	Sling operation	27 757 – 44 262
USA	Sling operation	12 003,20
USA	Midurethal sling	9 752,60
USA	Kolposuspensja	13 878,70
CDN	Operacja TOT	7 258,70
CDN	Burcha	12 408,46
CDN	Two-team sling	15 369,51
CDN	Bsubstancje obliterujące	5 699,80
AUS	MEDAESTHETICS	od 2 125
GB	Założenie taśmy podcewkowej	4 181,71
GB	Sakrokolpopeksja	5 981,43
GB	Vaginal Tightening (zwężenie pochwy)	24 666,78
GB	Labial Reduction (redukcja warg sromowych)	17 732,56
LT	Tylna plastyka pochwy	800,45
LV	Plastyka ściany pochwy	1 468,91
LV	Vaginal plastic surgery	2 086,27
H	Labioplasty or Vaginoplasty	4 045 – 6 387
EST	Vaginal plastic surgery	4 819,72

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie stron internetowych i korespondencji

Powyższe ceny procedur przeliczone na PLN nie uwzględniają różnic w zasobności poszczególnych krajów, ani kosztów elementów składających się na całkowity koszt procedury, dlatego nie można odnieść ich bezpośrednio do polskiego systemu rozliczania i wyceny świadczeń opieki zdrowotnej.

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 przekazania 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.

Ogłoszone postępowanie obejmowało świadczenia, których wykaz został przedstawiony do akceptacji Podsekretarzowi 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 wspomniane wyżej świadczenia (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 rozległy i wieloaspektowy zakres prac analitycznych, podjęto decyzję o wykorzystaniu danych od wszystkich świadczeniodawców, którzy zadeklarują ich przekazanie w zaproponowanym układzie. Odstąpiono od wymogów określonych w ww. Zarządzeniu Prezesa AOTMiT dotyczących wyboru i rankingowania podmiotów.

W odpowiedzi na ogłoszenie, które ukazało się 19 lutego 2016 r., do dnia 26 lutego 2016 r. wpłynęły 62 ankiety od podmiotów realizujących wspomniane wyżej świadczenia. Odrzucono 5 ankiet (3 które wpłynęły po terminie, 2 z powodów formalnych).

Ze względu na fakt, że w przypadku 103 wskazanych na wykazie świadczeń, dla których miała zostać ustalona taryfa, liczba kart była równa lub mniejsza niż dziesięć, a dla 23 świadczeń nie uzyskano żadnej karty kosztorysowej, Agencja wystąpiła z ponownym zaproszeniem do współpracy. Ogłoszenie ukazało się na stronie Agencji w dniu 14 marca 2016 r., Podmioty mogły składać ankiety do dnia 17 marca 2016 r.

W odpowiedzi na ogłoszone w dniu 14.03.2016 r. postępowanie, wpłynęło 27 ankiet (odrzuciono 4 ankiety).

Poniższa tabela zawiera informacje odnośnie świadczeń będących przedmiotem opracowania tj. dużych zabiegów narządów rodnych u kobiet (M02) i zabiegów w nietrzymaniu moczu (M05).

Szczegółowy wykaz zawartych umów zawiera załącznik nr 1.

Tabela 13. Statystyka prowadzonego postępowania odnoszącego się do świadczeń z grupy M02

Liczba świadczeniodawców, realizujących procedurę w ramach finansowania świadczeń ze środków publicznych	426
Liczba przesłanych ankiet, dotyczących przedmiotowego świadczenia	52
Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy przed podpisaniem umowy	11
Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali umowę (odpłatną, nieodpłatną)	41
Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy po podpisaniu umowy (odpłatna, nieodpłatna)	3
Liczba świadczeniodawców, którzy nie przekazali danych po podpisaniu umowy (odpłatna, nieodpłatna)	0
Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali poprawne dane (umowa odpłatna, nieodpłatna)	36

* dane z NFZ za okres od stycznia do czerwca 2015 r.

Tabela 14. Statystyka prowadzonego postępowania odnoszącego się do świadczeń z grupy M05

Liczba świadczeniodawców, realizujących procedurę w ramach finansowania świadczeń ze środków publicznych	380
Liczba przesłanych ankiet, dotyczących przedmiotowego świadczenia	109
Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy przed podpisaniem umowy	7
Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali umowę (odpłatną, nieodpłatną)	99
Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy po podpisaniu umowy (odpłatna, nieodpłatna)	49
Liczba świadczeniodawców, którzy nie przekazali danych po podpisaniu umowy (odpłatna, nieodpłatna)	0
Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali poprawne dane (umowa odpłatna, nieodpłatna)	44

* dane z NFZ za okres od stycznia do czerwca 2015 r.

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 kilkukrotnie 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

3.2.1. Metodyka wyceny świadczeń

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.

W przypadku obydwu grup można wydzielić kosztochłonne wyroby medyczne jako istotny czynnik wpływający na wartość świadczenia. W grupie M02 często stosowane są siatki podwieszające narządy miednicy mniejszej, natomiast w grupie M05 taśmy. Cena pojedynczej siatki niejednokrotnie przekracza 30% wartości całego świadczenia, w związku z tym ważne było odpowiednie określenie kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców. Rodzaje powyższych wyrobów zostały wyodrębnione z kart kosztorysowych, a ich koszt został obliczony na podstawie cen otrzymanych od dystrybutorów wyrobów medycznych. Do obliczeń włączono wszystkie ceny otrzymane od producentów, a w przypadku cen podanych jako przedział, wzięto wartość środkową.

Tabela 15. Kosztochłonne wyroby medyczne

	2014		2015	
	MIN [ZŁ]	MAX [ZŁ]	MIN [ZŁ]	MAX [ZŁ]
Taśmy	500	1640	300	1800
Siatki	540	2393	700	1800

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych od dystrybutorów

W przypadku grupy M02 na podstawie statystyk JGP, wzięto 3 najczęściej wykazywane rozpoznania, dla których przeprowadzona była analiza kosztów. Założono, że pozostałe rozpoznania w grupie nie będą miały istotnego wpływu na jej koszt. Do trzech wskazanych rozpoznań przyłożono wagi w zależności od częstości występowania. Do każdego z rozpoznań dodano implantowany wyrób medyczny, który wystąpił w kartach kosztorysowych. Jeżeli w kartach występowały zarówno taśmy jak i siatki, za cenę wyrobów wzięto średnią. Cenę siatek i taśm ustalono na podstawie cen od dystrybutorów (średnia).

W taryfie dla grupy M05, analogicznie jak w przypadku M02, do najczęściej wykazywanych procedur, dla których przeprowadzona analizę kosztów, przyłożono wagi zakładając że pozostałe procedury nie są istotne. Do każdej z procedur dodano implantowany wyrób medyczny (jeśli był użyty), który wystąpił w kartach kosztorysowych. Jeżeli w kartach występowały zarówno taśmy jak i siatki, za cenę wyrobów wzięto średnią. Cenę siatek i taśm ustalono na podstawie cen od dystrybutorów (średnia).

Efekt analizy danych w odniesieniu do głównych składowych świadczenia przedstawiony został w załączniku nr 3.

3.2.2. Projekt taryfy

Uzyskane w drodze analiz koszty świadczeń zostały przeliczone względem wartości punktu określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla świadczeń w zakresie leczenia szpitalne, tj. 52 zł.

Tabela 16. Projekty taryfy

nazwa świadczenia	średnia wartość NFZ w 2014 r. (zł)	projekt taryfy		różnica w stosunku do wartości NFZ (%)
		pkt	PLN	
Zabiegi w zaburzeniach statyki narządu rodnego z użyciem materiału syntetycznego (M02)	4 186	72,00	3 744	- 10
M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu	3 793	58,31	3 032	- 20

Źródło: opracowanie własne

4. Analiza wpływu na budżet

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie i wartości wszystkich świadczeń z grupy M05 oraz świadczeń z grupy M02 wyłącznie związanych z leczeniem zaburzeń statyki narządu rodowego. Należy mieć na uwadze fakt, iż wartość świadczeń zrealizowanych uwzględnia również świadczenia, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ.

Poniesione przez NFZ wydatki zestawiono z kosztami związanymi z wprowadzeniem nowej taryfy.

Tabela 17. Szacowany skutek finansowy dla płatnika

grupa	liczba świadczeń w 2014	wartość świadczeń (zł)	wartość świadczeń po wydzieleniu grupy (zł)	skutek finansowy dla płatnika (zł)
Zabiegi w zaburzeniach statyki narządu rodowego z użyciem materiału syntetycznego (rozliczane w grupie M02)	14 009	58 641 535	52 449 696	-6 191 839
M05	8456	32 076 599	25 639 607	-6 436 992
			suma	-12 628 831

Źródło: opracowanie własne

Z powyższej tabeli wynika, że przyjęcie propozycji taryf, przy założeniu niezmiennego poziomu realizacji tych świadczeń, będzie się wiązało ze spadkiem wydatków płatnika publicznego o 12,6 mln zł, co odpowiada obniżeniu o 14%.

5. Kluczowe informacje i wnioski

Operacyjne leczenie nietrzymania moczu jest finansowane w ramach świadczeń z grupy M05. W grupie tej znajdują się procedury o dużym zróżnicowaniu kosztowym ze względu na konieczność stosowania drogich wyrobów medycznych w niektórych operacjach. Najczęściej rozliczane procedury obejmują implantację materiałów syntetycznych – głównie taśm. Koszt poniesiony przez płatnika publicznego na sfinansowanie grupy w 2014 wyniósł 32 mln zł.

Grupa M02 tj. duże zabiegi w obrębie narządów rodnych u kobiet obejmuje w większości procedury korygujące położenie narządów miednicy mniejszej. Operacje rozliczane tą grupą mogą wymagać użycia kosztochłonnych wyrobów medycznych, choć wyroby nie są używane tak często jak w przypadku grupy M05. Wartość grupy w 2014 wyniosła 110 mln zł.

W celu weryfikacji rzeczywistych kosztów przedmiotowych świadczeń, przeprowadzono analizę kosztów w oparciu o dane przekazane przez świadczeniodawców. Pamiętać jednak należy, iż analiza ta obarczona została pewnymi ograniczeniami:

- Świadczeniodawcy w kartach kosztowych mieli wskazać informacje odnoszące się do najbardziej typowego/ przeciętnego/ najczęściej występującego u nich sposobu realizacji taryfikowanego świadczenia. Nie można jednak stwierdzić z całkowitą pewnością, że przekazane przez świadczeniodawców informacje odnosiły się do przypadku najbardziej typowego a nie do wybranego przypadku o kosztach wyższych niż przeciętne.
- Część świadczeniodawców nie była w stanie określić częstości zastosowania wskazanych leków czy wyrobów medycznych w całej grupie pacjentów hospitalizowanych w związku z realizacją taryfikowanego świadczenia, co jest szczególnie istotne w przypadku pozycji o dużym koszcie jednostkowym. W takich sytuacjach dane o lekach i wyrobach medycznych danego świadczeniodawcy nie były włączane do analizy, a analizowana próba ulegała pomniejszeniu.
- Ze względu na niejednorodność sprawozdawanych informacji (różne nazewnictwo, różne jednostki miary itp.) analiza przekazanych danych była bardzo utrudniona. Ze względu na ograniczenia czasowe, wyjaśnienia ze świadczeniodawcami prowadzono tylko dla pozycji istotnych kosztowo lub w przypadku większej liczby wątpliwości.
- Pomimo iż w kartach kosztowych zbierane były takie informacje, to dane dotyczące kosztów infrastruktury oraz wynagrodzenia personelu obliczone zostały na podstawie informacji zgromadzonych w bazie danych finansowo-księgowych budowanej na podstawie wszystkich prowadzonych przez Agencję postępowań. Pozwoliło to na ustalenie poziomu kosztów stałych na znacznie większej próbie, a więc bardziej reprezentatywnej dla kraju.

W wyniku analizy kosztów realizacji powyższej procedury na podstawie danych za rok 2015, uzyskanych od świadczeniodawców, oszacowany łączny koszt dla świadczeń związanych z leczeniem zaburzeń statyki narządu rodowego wyniósł 3 744 zł, natomiast dla świadczeń z grupy M05 odpowiednio 3 032 zł.

Świadczenia z grup M02 i M05 często wymagają zastosowania specjalistycznych wyrobów medycznych, których koszt jest istotny z punktu widzenia finansowania całego świadczenia. W niektórych przypadkach koszt wyrobu medycznego stanowi nawet do 40% kosztów całego świadczenia. Ze względu na różnorodność cen, w jakich świadczeniodawcy nabywają siatki i taśmy, przy określaniu wartości tych wyrobów dane wzięto bezpośrednio od dystrybutorów.

W grupie M02 różnica ponoszonych przez świadczeniodawców kosztów pomiędzy zabiegami przeprowadzanymi z użyciem materiałów syntetycznych i bez może sięgać nawet 100% wartości świadczenia, dlatego proponuje się wydzielenie nowej grupy: Zabiegi w zaburzeniach statyki narządu rodowego z użyciem materiałów syntetycznych. Stworzenie nowego produktu rozliczeniowego umożliwi właściwą dystrybucję środków między podmiotami, które wykonują operacje z użyciem materiałów syntetycznych i bez, a także dodatkowo uporządkuje dane sprawozdawcze.

Procedury sprawozdawane przez świadczeniodawców w grupie M02 nie zawsze odpowiadają zabiegowi, który faktycznie został wykonany. Sytuacja taka ma miejsce ze względu na nieaktualne nazwy znajdujące na liście ICD-9. Podczas prac zostało przygotowane tłumaczenie procedur będących obecnie w użyciu w Niemczech, na podstawie których proponuje się aktualizację klasyfikacji. Zostały one przedstawione w załączniku nr 4. Aktualizacja spisu procedur poprawi jakość danych i ułatwi szpitalom właściwe rozliczanie produktów.

6. Źródła

[1]	H P Dietz, <i>Plevix organ prolapse</i> , American Family Physician, 2015, tom. 44, str. 446-452
[2]	Ginekologia PZWL – dokładniejsze dane w bibliotece WUM albo od PZWL
[3]	Statystyki JGP, https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/Grupa.aspx?id=6UPKmFvrBA%3d , Grupa M02 [dostęp: 17.02.2016]
[4]	Polskie Towarzystwo Uroginekologiczne, <i>Interdyscyplinarne wytyczne Polskiego Towarzystwa Uroginekologicznego odnośnie diagnostyki i leczenia obniżenia narządów miednicy mniejszej</i> , [dostęp 17.02.2016]
[5]	Jedna z książek z CBI - sprawdzić
[6]	T. Rechberger, <i>Leczenie operacyjne nietrzymania moczu u kobiet – aktualne trendy</i> , Przegląd Urologiczny 2007(1), nr 41
[7]	Polskie Towarzystwo Uroginekologiczne, <i>Interdyscyplinarne wytyczne Polskiego Towarzystwa Uroginekologicznego odnośnie diagnostyki i leczenia wysyłkowego nietrzymania moczu u kobiet</i> , [dostęp 17.02.2016]
[8]	Odpowiedź PTUG na pismo WT.541.11.2016.MM.4
[9]	P. Radziszewski, <i>Wytyczne Zespołu Ekspertów odnośnie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u kobiet z nietrzymaniem moczu i pęcherzem nadreaktywnym</i> , Ginekologia Polska, 2010, str 789-793
[10]	T. Rechberger, W. Baranowski, <i>Postępy w uroginekologii</i> , Lublin 2010,

7. Załączniki

Załącznik 1. Wykaz zawartych umów.

Załącznik 2. Zasady analizy danych kosztowych.

Załącznik 3. Zestawienie elementów składowych taryfy.

Załącznik 4. Tłumaczenia aktualnie wykonywanych procedur z niemieckiego systemu DRG.

Załącznik 5. Koszty jednostkowe oddziału.