

**DOSTĘP DO OPIEKI OKULISTYCZNEJ  
W POLSCE  
PODEJŚCIE SYSTEMOWE  
NAJWAŻNIEJSZE PROBLEMY ZWIĄZANE Z DOSTĘPEM  
DO ŚWIADCZEŃ OKULISTYCZNYCH**

WERSJA 2.0

**Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care (CEESTAHC)**

ul. Starowińska 17/3  
31-038 Kraków  
Tel.: +48 12 357 76 34  
Faks: +48 12 396 38 39  
<http://www.ceestahc.org>

Raport powstał we współpracy z

**Fundacją Watch Health Care im. Prof. Jacka Ruszkowskiego**

ul. Starowińska 8/2  
31-032 Kraków  
Tel.: +48 504 741 313  
Fax: +48 12 362 45 46  
<http://www.korektorzdrowia.pl>

Kraków, sierpień 2013

Autorzy:

Daria Szmurło  
Tomasz Fundament  
Grzegorz Kopec  
Damian Brzyski  
Magdalena Władysiuk  
Krzysztof Łanda

Tytuł angielski:

*Access to ophthalmologic care in Poland. A systemic approach.*

Sposób cytowania:

Dostęp do opieki okulistycznej w Polsce. Podejście systemowe. Najważniejsze problemy związane z dostępem doświadczeń okulistycznych. CEESTAHC 2013. URL

*Access to ophthalmologic care in Poland. A systemic approach.* CEESTAHC 2013. URL

Powielanie tego dokumentu w całości, w częściach jak również wykorzystywanie całości tekstu lub jego fragmentów wymaga podania źródła.

**Analiza została sfinansowana ze środków własnych stowarzyszenia CEESTAHC**

## SPIS TREŚCI

<b>1. Wprowadzenie i cel opracowania .....</b>	<b>5</b>
1.1. Wprowadzenie .....	5
1.2. Cel .....	6
1.3. Metodyka .....	6
<b>2. Problem zdrowotny .....</b>	<b>8</b>
2.1. Charakterystyka schorzeń .....	11
2.2. Epidemiologia wybranych chorób narządu wzroku w Polsce .....	14
2.3. Hospitalizacje .....	20
2.4. Zasoby .....	24
<b>3. Organizacja świadczeń z zakresu okulistyki w Polsce .....</b>	<b>27</b>
3.1. Wykaz świadczeń gwarantowanych .....	27
3.2. Zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ .....	29
3.3. Grupy JGP dotyczące chorób oczu .....	40
<b>4. Wydatki na okulistykę w Polsce .....</b>	<b>44</b>
4.1. Umowy zawarte przez Oddziały Wojewódzkie NFZ .....	44
4.2. Zrealizowane świadczenia .....	58
<b>5. Ocena systemu i proponowane zmiany .....</b>	<b>63</b>
5.1. Kolejki pacjentów oczekujących na świadczenia okulistyczne .....	63
5.2. Liczba przeprowadzanych zabiegów usunięcia zaćmy .....	75
5.3. Tryb przeprowadzania zabiegu usunięcia zaćmy .....	79
5.4. Konstrukcja katalogu JGP .....	87
5.5. Wycena JGP – usunięcie zaćmy, witrektomia .....	92
5.6. Ocena rankingu świadczeniodawców .....	95
5.7. Wymagania kontraktowe .....	104
5.8. Potrzeba opracowania aktualnych, polskich wytycznych i standardów postępowania w okulistyce .....	109

5.9.	Braki w edukacji pacjentów oraz dostępność do rzetelnej informacji dla osób z chorobami oczu .....	111
<b>6.</b>	<b>Proponowane zmiany systemowe .....</b>	<b>113</b>
6.1.	Zmiany finansowania dotyczące zabiegów usunięcia zaćmy .....	113
6.2.	Zmiany finansowania dotyczące witrektomii .....	122
<b>7.</b>	<b>Podsumowanie .....</b>	<b>125</b>
<b>8.</b>	<b>Bibliografia .....</b>	<b>128</b>
<b>9.</b>	<b>Spis elementów .....</b>	<b>133</b>
<b>10.</b>	<b>Aneks .....</b>	<b>136</b>
10.1.	Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu okulistyki .....	136
10.2.	Wycena punktowa grup JGP dotyczących chorób oczu w Polsce .....	146
10.3.	Wycena grup JGP dotyczących chorób oczu w innych państwach .....	148
10.4.	Koszty prywatnych zabiegów .....	152
10.5.	Wysokość kontraktów na leczenie zaćmy i jaskry oraz długość kolejek .....	154

## INDEKS SKRÓTÓW

<b>AMD</b>	Zwyrodnienie plamki żółtej ( <i>Age-Related Macular Degeneration</i> )
<b>AOTM</b>	Agencja Oceny Technologii Medycznych w Polsce
<b>CSR</b>	Współczynnik określający liczbę zabiegów zaćmy wykonywanych na 1 mln mieszkańców ( <i>Cataract Surgical Rate</i> )
<b>GUS</b>	Główny Urząd Statystyczny
<b>JGP</b>	Jednorodne Grupy Pacjentów ( <i>DRGs, Diagnosis Related Groups</i> )
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>OW NFZ</b>	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
<b>WHO</b>	Światowa Organizacja Zdrowia ( <i>World Health Organization</i> )
<b>PZH</b>	Państwowy Zakład Higieny
<b>RCT</b>	Randomizowane badanie kliniczne ( <i>Randomized Clinical Trial</i> )

## 1. WPROWADZENIE I CEL OPRACOWANIA

### 1.1. Wprowadzenie

Wzrok pełni zasadniczą rolę w codziennym funkcjonowaniu człowieka, w tym w orientacji przestrzennej, poznawaniu rzeczywistości oraz rozumieniu pojęć [1]. Osoby niewidome oraz słabowidzące na co dzień borykają się z problemami, których można by uniknąć przez wdrożenie odpowiedniego leczenia – jak szacuje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), profilaktyka pierwotna i/lub właściwa terapia mogą zapobiec upośledzeniu wzroku u 80% chorych [2]. W świetle takiego potencjału rodzi się szereg pytań dotyczących przyczyn istniejących w Polsce problemów opieki okulistycznej oraz potencjalnych możliwości ich wyeliminowania.

Na temat wydajności systemu opieki okulistycznej w Polsce i barier w dostępie do świadczeń z tego zakresu debatowano 16 września 2011 w Warszawie podczas seminarium edukacyjnego pt. „Innowacje w okulistyce – ocena dostępności w Polsce”, zorganizowanego przez Fundację Watch Health Care ([www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl)). W spotkaniu wzięli udział liczni eksperci, lekarze okuliści, przedstawiciele Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM), towarzystw ubezpieczeniowych, Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), mediów oraz przedstawiciele organizacji pacjentów. Specjaliści wskazali na mnogość problemów występujących w tej części systemu opieki zdrowotnej w Polsce, które w większości mogłyby zostać łatwo rozwiązane przez racjonalizację wydatków oraz wdrożenie odpowiednich reguł kontroli. Podkreślono potrzebę sprawnej komunikacji specjalistów z decydentami.

Stowarzyszenie CEESTAHC podjęło się kompleksowego opracowania tematyki związanej z polskim systemem opieki okulistycznej i wskazania słabości obowiązujących rozwiązań. Udostępnienie niniejszego opracowania szerokiemu gronu odbiorców ma na celu zwrócenie uwagi na występujące problemy oraz przekonanie do konieczności zaprojektowania i wdrożenia zmian optymalizujących system.

## 1.2. Cel

Celem opracowania jest identyfikacja i ocena ograniczeń dostępu do wybranych świadczeń okulistycznych w Polsce. W ramach opracowania przedstawiono:

- problemy i ograniczenia w dostępie do wybranych świadczeń okulistycznych występujące w ostatnich latach w Polsce,
- propozycje możliwych rozwiązań lub ścieżek wypracowania racjonalnych zmian,
- prognozę skali korzyści wynikających z wprowadzenia sugerowanych zmian.

## 1.3. Metodyka

Niniejsze opracowanie systemowe powstało na podstawie danych z różnorodnych źródeł: twardych danych liczbowych, raportowanych m.in. przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz Światową Organizację Zdrowia (WHO); opinii ekspertów wynikających z ich wieloletniego doświadczenia i obserwacji systemu; rozwiązań stosowanych w systemach opieki okulistycznej w państwach, w których spełnia ona oczekiwania społeczne.

Zawartość merytoryczną opracowania rozpoczyna wprowadzenie do problematyki chorób oczu (rozdział 2), w którym przedstawiono skalę problemu oraz scharakteryzowano najpowszechniej występujące schorzenia okulistyczne. Na podstawie danych epidemiologicznych przedstawiono rozpowszechnienie wybranych chorób narządu wzroku w Polsce. Dane te zestawiono z liczbą osób korzystających ze świadczeń z zakresu okulistyki (hospitalizacji). Dodatkowo przedstawiono wielkość zasobów w okulistyce: lekarzy, oddziałów okulistycznych oraz liczby łóżek na oddziałach okulistycznych w Polsce.

W rozdziale 3 przedstawiono zasady organizacji świadczeń z zakresu okulistyki. Przytoczono najważniejsze akty prawne regulujące zakres świadczeń gwarantowanych z tej dziedziny, opisano proces kontraktowania i zasady podziału środków finansowych, a także przedstawiono informacje dotyczące obowiązującego sposobu rozliczania świadczeń. Obraz systemu nakreślony w tym rozdziale odpowiada uwarunkowaniom prawnym obowiązującym w czerwcu 2013 r

Charakterystykę systemu opieki okulistycznej od strony kosztów – środków publicznych przeznaczanych na finansowanie świadczeń z tego zakresu – przedstawiono w rozdziale 4. Z jednej strony zaprezentowano wartość umów zawartych między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcami, z drugiej strony przeanalizowano dane o rzeczywistych kosztach poniesionych na realizację świadczeń z omawianego zakresu.

W rozdziale 5 dokonano oceny systemu na podstawie analizy stanu aktualnego w zakresie potrzeb zdrowotnych w Polsce. Omówiono szczegółowo najbardziej dyskusyjne i kontrowersyjne aspekty organizacyjne w zakresie kolejek do świadczeń, podaży świadczeń, zasad finansowania, kryteriów oceny podmiotów startujących w konkursie ofert na realizację świadczeń finansowanych ze środków publicznych i innych. W ramach oceny systemu przedstawiono także kierunki pożądanych zmian oraz propozycje rozwiązań.

W rozdziale 6 oszacowano skalę korzyści wynikającą z wprowadzenia proponowanych zmian w systemie.



## 2. PROBLEM ZDROWOTNY

Zgodnie z najnowszymi szacunkami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) upośledzenie widzenia występuje u 285 milionów osób na całym świecie [2]. W skali globalnej najczęstszymi przyczynami upośledzenia widzenia są wady refrakcji (42%) oraz zaćma (33%). Około 14% osób z niepełnosprawnością narządu wzroku stanowią osoby dotknięte ślepotą wrodzoną lub nabytą. Najczęstszą jej przyczyną jest zaćma, odpowiadająca za ponad 50% przypadków (Wykres 1).

Problematyka zaburzeń wzroku powinna być analizowana w szerokim kontekście, nie tylko zdrowotnym, ale również społecznym. Upośledzenie widzenia wiąże się między innymi ze znacznie większą urazowością, wzrostem częstości złamania szyjki kości udowej i depresji, wcześniej wymaganą opieką pielęgniarską oraz znacznym ograniczeniem aktywności zawodowej tej grupy osób. [3]

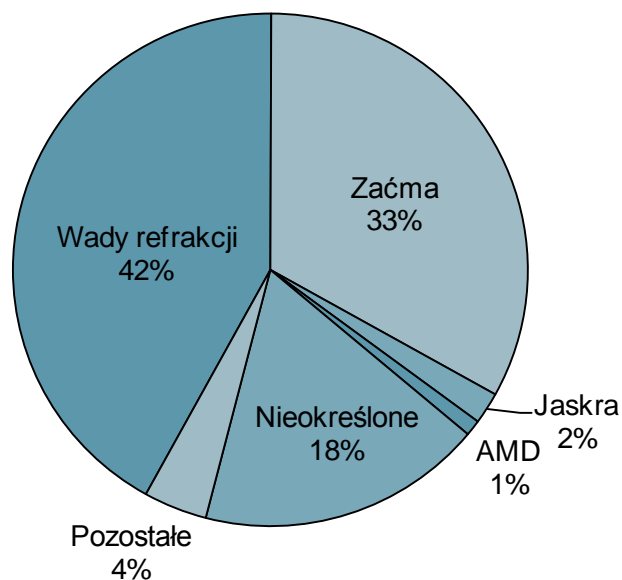
Jak szacuje WHO, aż 90% przypadków upośledzenia widzenia dotyczy krajów rozwijających się [2]. Przyczyny tego faktu do dziś nie zostały w pełni wyjaśnione. Z jednej strony badacze dopatrują się ich w niskich dochodach krajów z omawianej grupy i – co się z tym wiąże – mniejszą dostępnością do opieki medycznej. Z drugiej strony brane są pod uwagę czynniki środowiskowe, takie jak długotrwała ekspozycja na światło słoneczne (związane na przykład z wykonywanym zawodem) lub niedobory składników odżywczych w diecie. Nie należy także pomijać czynników genetycznych, mających potencjalny wpływ na rozpowszechnienie schorzeń.

Kraje rozwijające się i rozwinięte różnią się pod względem struktury przyczyn upośledzenia widzenia. W krajach rozwijających się głównym schorzeniem odpowiedzialnym za niepełnosprawność narządu wzroku jest zaćma, a w krajach rozwiniętych – zwyrodnienie plamki żółtej (AMD). Schorzenia te są odpowiedzialne za upośledzenie funkcji wzroku u połowy chorych (Wykres 2).

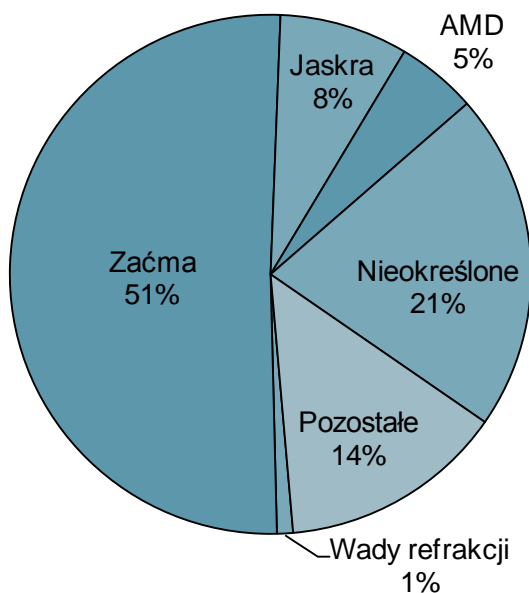
W dalszej części rozdziału scharakteryzowano najważniejsze choroby oczu oraz przedstawiono rozpowszechnienie wybranych jednostek chorobowych w Polsce – liczbę chorych oraz liczbę leczonych (hospitalizowanych), a także przedstawiono wybrane dane statystyczne dotyczące organizacji opieki okulistycznej w Polsce.

**Wykres 1.**  
**Przyczyny upośledzenia widzenia i ślepoty na świecie**

### Upośledzenie widzenia



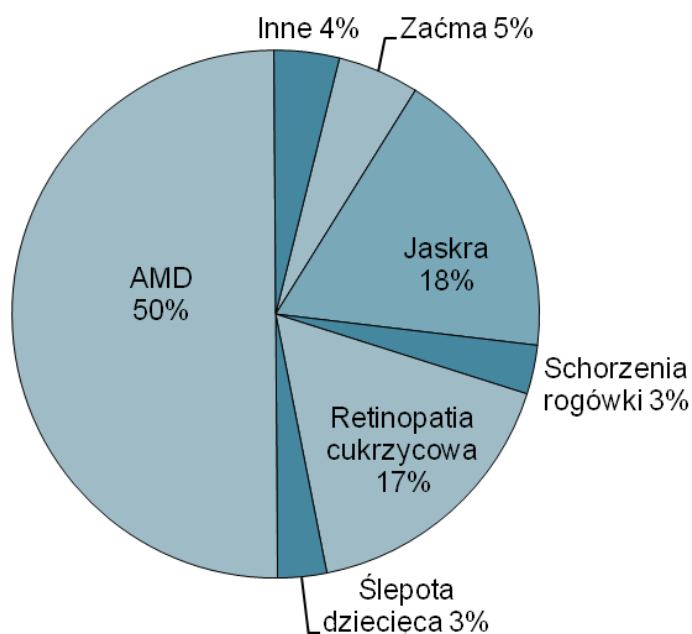
### Ślepota



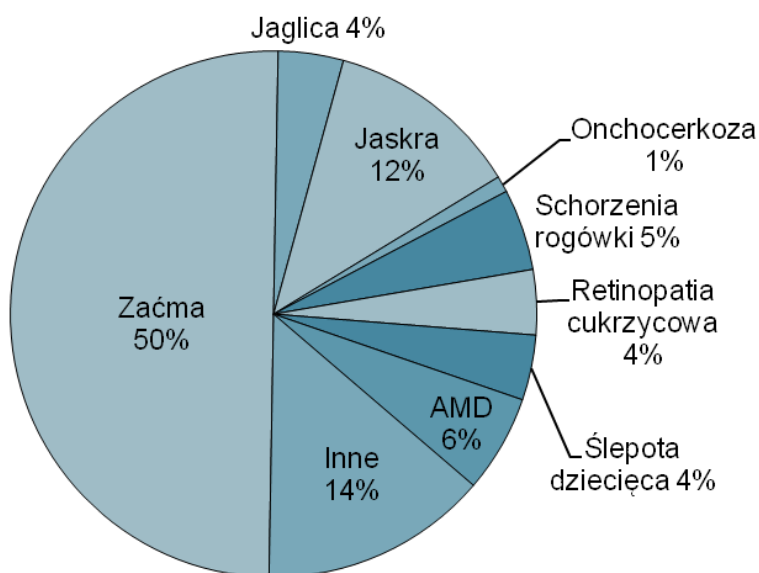
Źródło: WHO [2]

**Wykres 2.**  
**Przyczyny upośledzenia widzenia na świecie w krajach rozwiniętych i rozwijających się (bez wad refrakcji)**

### Kraje rozwinięte



### Kraje rozwijające się

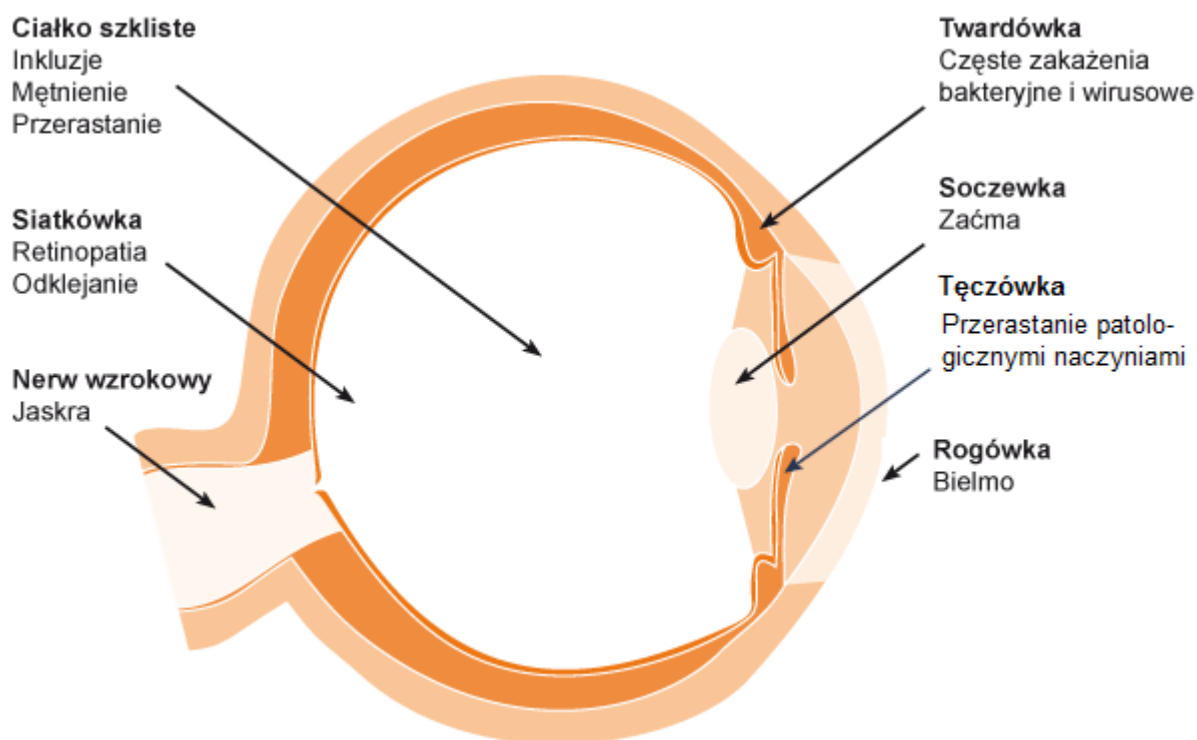


Źródło: Zagórski 2011 [4]

## 2.1. Charakterystyka schorzeń

Każdy element narządu wzroku jest narażony na inne uszkodzenia, dlatego podłoże chorób oczu jest najczęściej skomplikowane i wieloczynnikowe. Problemy ze wzrokiem mogą objawiać się jako zaburzenia lub ograniczenia pola widzenia, dolegliwości w postaci bólu, pieczenia, swędzenia lub ogólnego dyskomfortu, lub mogą pozostawać bezobjawowe [5]. Uproszczony schemat budowy oka ludzkiego przedstawiono na poniższym rysunku, wraz ze wskazaniem poszczególnych zagrożeń dla jego elementów (Rysunek 1). W dalszej części rozdziału przedstawiono opis najczęściej spotykanych przyczyn zaburzeń wzroku: wady refrakcji, zaćma, jaskra, AMD, retinopatia oraz urazy oka.

**Rysunek 1.**  
Uproszczony schemat budowy gałki ocznej człowieka i schorzenia zagrażające jej elementom



Źródło: Rusin i Majsterek 2007 [5]

### Wady refrakcji

Kiedy każdy element układu wzrokowego pracuje prawidłowo, oczy dostosowują się do natężenia światła, postrzegając kolory i oceniając lokalizację obserwowanych elementów. Jednak nie wszystkie gałki oczne są takie same: niektóre są zbyt krótkie, inne zbyt długie, część z nich posiada z kolei

nierówną krzywizną, powodując tym samym zaburzenia widzenia. Wymienione wady nazywają się wadami refrakcji i dzielą się na 4 rodzaje:

- krótkowzroczność – występuje, gdy gałka oczna jest zbyt długa, lub moc układu optycznego oka jest zbyt duża, powodując skupianie promieni świetlnych przed siatkówką;
- dalekowzroczność – występuje, gdy gałka oczna jest zbyt krótka lub moc układu optycznego oka jest zbyt mała, rezultatem czego jest skupianie promieni świetlnych za siatkówką;
- astygmatyzm – wada ta najczęściej spowodowana jest niesferycznym kształtem centralnego obszaru rogówki, przez co dla różnych południków gałki ocznej skupienie promieni świetlnych następuje w różnej odległości od siatkówki;
- presbyopia – występuje zwykle u osób po 40. roku życia i wiąże się z utratą elastyczności soczewki w gałce ocznej, co powoduje zaburzenia akomodacji oka i nieostre widzenie w bliży. [6]

### **Zaćma**

Zaćma (inaczej katarakta) polega na zmętnieniu soczewki, prowadzącym do ograniczenia ostrości wzroku. W większości przypadków zaćma rozwija się bezobjawowo, najczęściej w wyniku procesu starzenia się. Rozwojowi zaćmy sprzyjają czynniki genetyczne, uraz, stany zapalne oczu, schorzenia związane z metabolizmem, a także długotrwałe wystawianie oczu na promieniowanie ultrafioletowe. Wykazano zwiększone ryzyko wystąpienia katarakty u osób chorujących na cukrzycę, a także u palaczy oraz osób nadużywających alkoholu. Nie istnieją obecnie żadne uznane metody zapobiegania lub spowolnienia tworzenia się zaćmy. W późniejszych stadiach choroby, gdy zmętnienie utrudnia lub uniemożliwia sprawne funkcjonowanie pacjenta, zaćma może wymagać leczenia chirurgicznego polegającego na usunięciu zmętniałej soczewki i zastąpieniu jej silikonowym lub akrylowym odpowiednikiem. [7]

### **Jaskra**

Jaskra jest grupą chorób prowadzących do postępującego i nieodwracalnego uszkodzenia nerwu wzrokowego. Przyczyną jest wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, który przebiega bezobjawowo, w związku z czym wiele przypadków jaskry pozostaje nierozpoznanych. Jaskra najczęściej pojawia się u osób powyżej 40. roku życia, zaś dodatkowymi czynnikami ryzyka są m.in. rasa, czynniki genetyczne, przewlekłe zapalenie oka lub stosowanie leków, które zwiększają ciśnienie wewnątrzgałkowe. Najczęściej występującą postacią jaskry jest jaskra otwartego kąta (ok. 85–90% przypadków), która charakteryzuje się skrytym i długim przebiegiem, niekiedy bez wyraźnych

wzrostów ciśnienia wewnątrzgałkowego. Druga postać jaskry – jaskra zamkniętego kąta – jest bardziej niebezpieczna i wiąże się z ryzykiem utraty wzroku nawet tego samego dnia, w którym wystąpiły objawy (ostry atak jaskry). Wynika to z faktu zamknięcia się kąta przesączenia, wskutek czego ciecz wodnista nie znajduje miejsca odpływu, powodując bardzo gwałtowny wzrost ciśnienia. Jaskra jest chorobą nieuleczalną, choć może ona być kontrolowana poprzez wdrożenie odpowiedniej terapii. Leczenie jaskry polega na podawaniu kropli obniżających ciśnienie lub leczeniu chirurgicznym z zastosowaniem terapii laserowej lub konwencjonalnej. [8]

### **Zwyrodnienie plamki żółtej**

Zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem (AMD) jest nabytym, przewlekłym schorzeniem rozwijającym się w plamce żółtej, która jest częścią siatkówki odpowiedzialną za widzenie centralne. Z wiekiem komórki znajdujące się w plamce żółtej ulegają uszkodzeniu. AMD objawia się najczęściej jako niewyraźne widzenie, pojawienie się w centrum pola widzenia ciemnej plamy lub pustego miejsca, a także jako nieprawidłowe widzenie (wykrzywienie, zniekształcenie) linii prostych. Wyróżnia się dwie postacie AMD – „sucha” i neowaskularna („mokra”). Druga z nich jest zdecydowanie rzadsza i dotyczy około 10–20% wszystkich przypadków AMD, jednak charakteryzuje się bardziej gwałtownym przebiegiem oraz gorszym rokowaniem. Na początku objawy AMD występują zazwyczaj w jednym oku, a następnie dochodzi do rozwoju zmian w drugim. Do czynników ryzyka AMD zalicza się m.in. płeć, wiek, pozytywny wywiad rodzinny, palenie tytoniu, otyłość i choroby serca, ewentualnie niedostateczną podaż antyoksydantów. [9]

### **Retinopatia**

Retinopatia jest chorobą narządu wzroku objawiającą się jako mikronaczyniowe powikłanie innych chorób, w szczególności przewlekłej cukrzycy (retinopatia cukrzycowa) i nadciśnienia tętniczego (retinopatia nadciśnieniowa). Choroba ta polega na uszkodzeniu siatkówki i niekontrolowanym wzroście nowych naczyń krwionośnych siatkówki, prowadzącym w konsekwencji nawet do utraty wzroku. [5]

Najczęściej spotykana jest retinopatia nadciśnieniowa – charakterystyczne dla tej odmiany choroby są zmiany nadciśnienia tętniczego wynikające z nadmiernej sklerotyzacji ściany naczyń krwionośnych. W konsekwencji rozwoju tych zmian obserwuje się miejscowe poszerzenie naczyń żylnych powyżej uciskającego naczynia tętniczego, co sprawia że naczynia te są bardziej kruche i mogą pękać przy nagłym wzroście ciśnienia powodując wylewy do ciała szklanego oka. [5]

U osób chorych na cukrzycę, w wyniku długo utrzymującego się podwyższonego poziomu glukozy we krwi (hiperglikemii), może dojść do retinopatii w wyniku uszkodzeń drobnych naczyń krwionośnych, zaburzających ukrwienie siatkówki. Retinopatia jest wymieniana jako najczęstsze schorzenie oka w cukrzycy i dotyczy 80–97% chorych po 15 latach choroby, zależnie od rodzaju cukrzycy. [5]

Wyróżnia się także inne rodzaje retinopatii: m.in. wcześniaczą, występującą u dzieci przedwcześnie urodzonych, będącą efektem niedostatecznie rozwiniętego aparatu wzrokowego, oraz retinopatię Purtschera, rzadkie powikłanie występujące w konsekwencji ostrego niedokrwienia siatkówki jako następstwa odległego urazu, najczęściej po kompresyjnych urazach głowy lub klatki piersiowej. [5]

### Urazy oka

Osobną grupę problemów okulistycznych stanowią mechaniczne urazy oka, np. w wyniku uderzenia tępym przedmiotem lub wskutek oparzeń chemicznych. Najczęściej spotykanym typem urazu są sytuacje, w których ciało obce dostało się pod powiekę lub wbiło w rogówkę, co może powodować uczucie dyskomfortu, światłowstręt lub łzawienie. Każdy uraz oka wymaga odpowiedniego zabezpieczenia opatrunkiem jałowym oraz interwencji lekarza specjalisty.

## 2.2. Epidemiologia wybranych chorób narządu wzroku w Polsce

### Niewidomi i prawie niewidzący

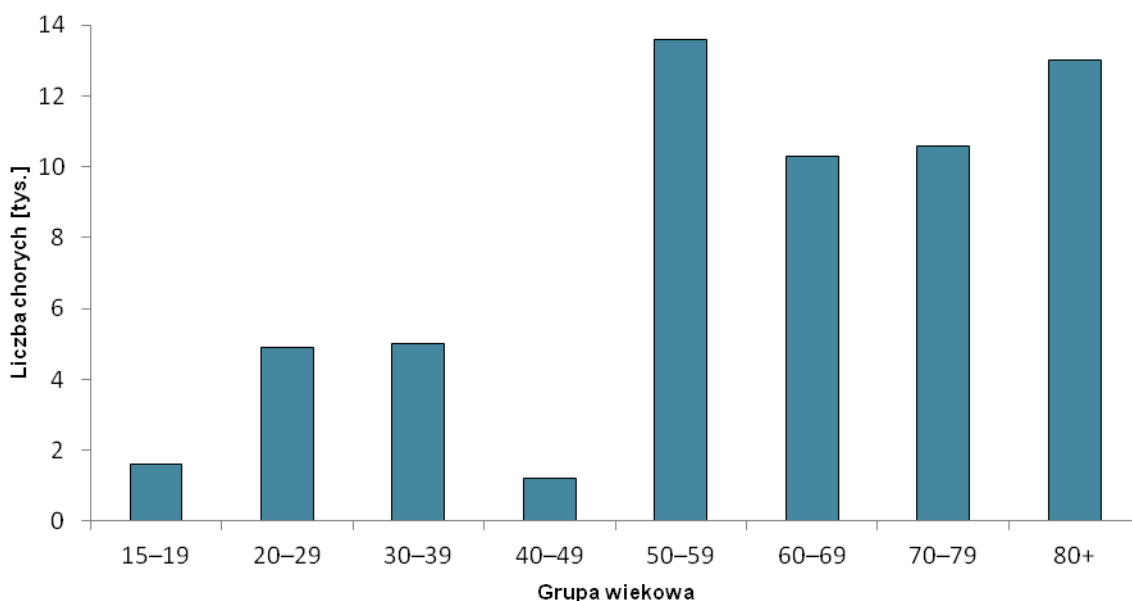
W Polsce, według danych GUS z 2009 roku, żyje około 60 tys. osób niewidomych lub prawie niewidzących powyżej 15. roku życia [10]. Problem dotyczy głównie starszych osób: 0,4% osób w wieku 70-80 lat, 1,1% osób w wieku powyżej 80 lat (Tabela 1, Wykres 3).

Tabela 1.  
Liczba osób niewidomych lub prawie niewidzących w Polsce

Kategoria	Grupa wiekowa								Ogółem
	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	
Liczba osób [tys.]	1,6	4,9	5,0	1,2	13,6	10,3	10,6	13,0	60,2
Chorobowość	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,2%	0,4%	1,1%	0,2%

Źródło: GUS [10]

**Wykres 3.**  
**Liczba osób niewidomych lub prawie niewidzących w Polsce**



Źródło: GUS [10]

### Wady refrakcji

Pogarszanie się wzroku jest nieodłącznym elementem procesu starzenia się. Wady refrakcji stanowią najbardziej rozpowszechniony problem okulistyczny w Polsce. Zgodnie z wynikami badania stanu zdrowia ludności Polski w 2009 roku przeprowadzonego przez GUS, aż 50% Polaków deklaruje używanie okularów lub soczewek kontaktowych w związku z wadami wzroku, ponieważ widzi niewyraźnie z bliska lub z daleka. Co więcej, pomimo korzystania z tych narzędzi, co czwarta osoba ma problemy z przeczytaniem gazety, bo niewyraźnie widzi druk. Kłopoty z widzeniem z bliska mają przeważnie osoby starsze, tj. powyżej 60. roku życia – co drugi sześćdziesięciolatek i blisko 70% osób powyżej 80. roku życia. Co szósty Polak powyżej 15. roku życia nie widzi dobrze z dalszej odległości. [10]

### Zaćma

Z oszacowań GUS wynika, że w 2004 roku w Polsce na zaćmę chorowało ok. 773 tys. osób (2,4% populacji ogólnej, Wykres 4) [11]. Schorzenie dotyczy w szczególności osób powyżej 50. roku życia i dotyka częściej kobiety (około 70% zachorowań), niż mężczyzn (Tabela 2).

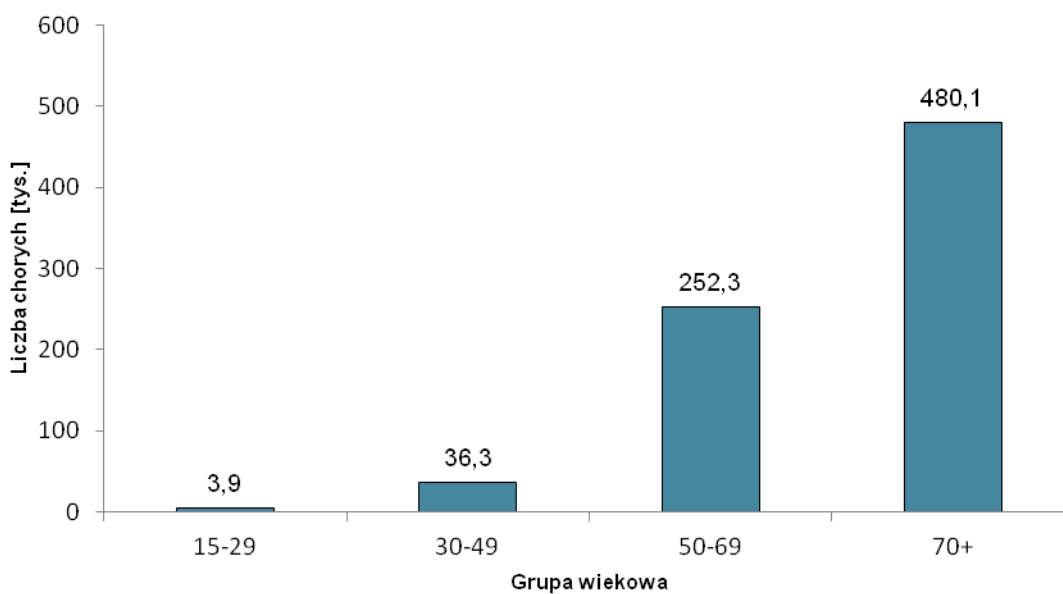


**Tabela 2.**  
**Liczba osób z zaćmą w Polsce**

Kategoria	Grupa wiekowa				Ogółem
	15-29	30-49	50-69	70+	
<b>Mężczyźni [tys.]</b>	1,3	15,1	81,0	131,0	228,5
<b>Kobiety [tys.]</b>	2,6	21,2	171,3	349,1	544,1
<b>Razem [tys.]</b>	3,9	36,3	252,3	480,1	772,6
<b>Chorobowość</b>	0,0%	0,3%	3,0%	13,9%	2,4%

Źródło: GUS [11]

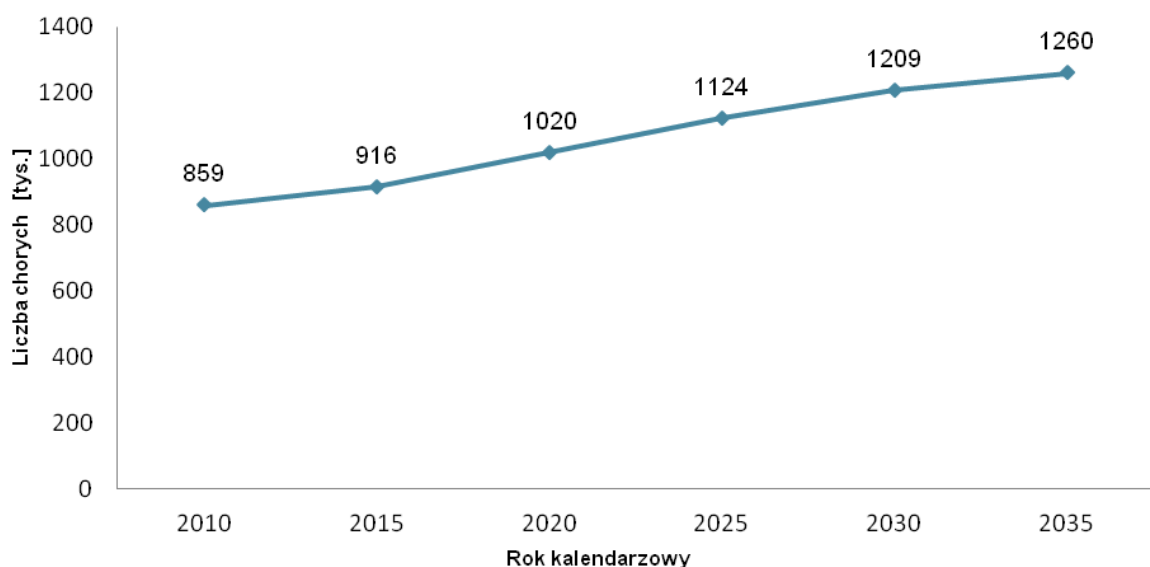
**Wykres 4.**  
**Liczba osób z zaćmą w Polsce**



Źródło: GUS [11]

W oparciu o dane dotyczące rozpowszechnienia zaćmy (Tabela 2) oraz prognozę GUS dotyczącą liczby ludności Polski na lata 2010–2035, przygotowano prognozę liczby chorych na zaćmę w Polsce w perspektywie do 2035 roku. W przypadku utrzymania obecnego poziomu dostępności do skutecznych metod usunięcia zaćmy liczba chorych w 2035 wzrośnie o blisko 50% i wyniesie 1,3 mln. Tak znaczący wzrost wynikał będzie ze zwiększania się liczby starszych osób w społeczeństwie (Wykres 4).

**Wykres 5.**  
**Prognoza liczby osób z zaćmą na lata 2010–2035**



## Jaskra

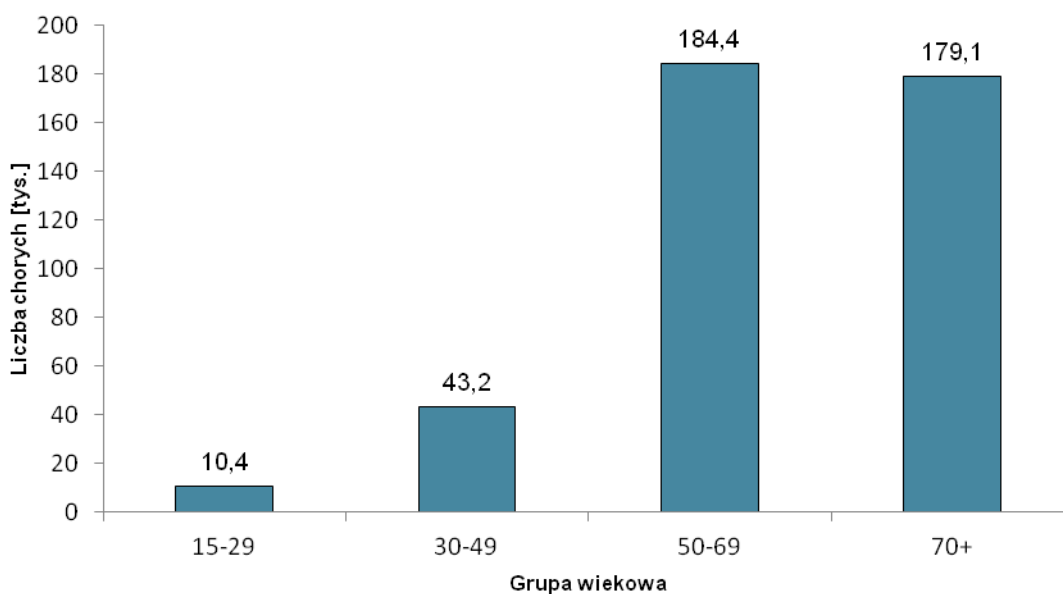
Z oszacowań GUS wynika, że w 2004 roku w Polsce na jaskrę chorowało ok. 417 tys. osób (1,3% populacji ogólnej, Tabela 3) [11]. Schorzenie dotyczy w szczególności osób powyżej 50. roku życia i dotyka częściej kobiet (około 70% ogółu), niż mężczyzn (Tabela 3).

**Tabela 3.**  
**Liczba osób z jaskrą w Polsce**

Kategoria	Grupa wiekowa				Ogółem
	15-29	30-49	50-69	70+	
<b>Mężczyźni [tys.]</b>	4,4	12,7	54,9	50,2	122,2
<b>Kobiety [tys.]</b>	6,0	30,5	129,5	128,9	294,9
<b>Razem</b>	10,4	43,2	184,4	179,1	417,1
<b>Chorobowość</b>	0,1%	0,4%	2,2%	5,2%	1,3%

Źródło: GUS [11]

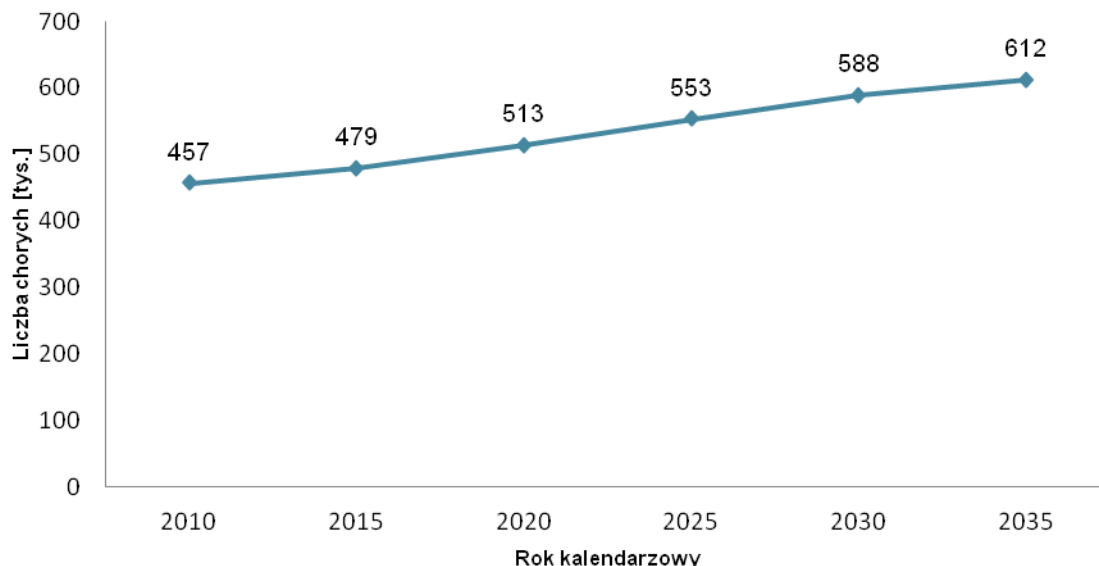
**Wykres 6.**  
**Liczba osób z jaskrą w Polsce**



Źródło: GUS [11]

W oparciu o dane dotyczące rozpowszechnienia jaskry (Tabela 3) oraz prognozę GUS liczby ludności Polski na lata 2010–2035 przygotowano prognozę liczby chorych na jaskrę w Polsce w perspektywie do 2035 roku. Liczba chorych w 2035 wzrośnie o blisko 35% i wyniesie 600 tys. osób. (Wykres 7)

**Wykres 7.**  
**Prognoza liczby osób z jaskrą na lata 2010–2035**



## Retinopatia

Mnogość przyczyn, które mogą sprzyjać wystąpieniu retinopatii znacznie utrudnia oszacowanie jej rozpowszechnienia. Zaprojektowanie kompleksowych badań ujmujących wszystkie populacje obciążone ryzykiem wystąpienia tego powikłania byłoby bardzo kosztochłonne i złożone. Można jednak podjąć próbę ukazania skali problemu poprzez odniesienie się do grup obciążonych szczególnym ryzykiem, np. diabetyków. W badaniu przeprowadzonym w Europie Środkowo-Wschodniej (w tym również w Polsce) w grupie blisko 2,5 tys. osób, odsetek diabetyków z retinopatią cukrzycową wyniósł 41% wśród pacjentów z cukrzycą typu 1 i 32% wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 [12]. Biorąc pod uwagę aktualne oszacowania GUS dotyczące liczby cukrzyków w Polsce na poziomie 1,7 mln osób oraz fakt, że 10% z nich to pacjenci z cukrzycą typu 1, można przyjąć, że na retinopatię cukrzycową choruje w Polsce około 0,6 mln diabetyków [10, 12, 13]. Niewątpliwie, retinopatia jest znaczącym problemem, ponieważ stosunkowo często prowadzi do ślepoty – w badaniach przeprowadzonych w Europie, ślepotę raportowano u 0,5% do 1,7% chorych na cukrzycę [12, 14].

Nie należy jednak zapominać, że retinopatia dotyka także inne grupy chorych, m.in. szczególnie niebezpieczna i często występująca jest retinopatia będąca efektem nadciśnienia tętniczego.

### Zwyrodnienie plamki żółtej

Obecnie na AMD choruje w Polsce 1,9 mln Polaków, a u 600 tys. z nich choroba wkroczyła w zaawansowane stadium [15]. Każdego roku w Polsce u około 250 tys. osób lekarze diagnozują nowe przypadki choroby [16], z których ponad 20 tys. to jej wysiękowa postać [15]. Roczna zapadalność na AMD rośnie wraz z wiekiem i kształtuje się na poziomie 5/1000 osób w wieku 60–69 lat i rośnie do 30/1000 w przedziale wiekowym 70–79 lat aż do 104/1000 osób wieku 80–89 lat [17].

### 2.3. Hospitalizacje

Dane statystyczne dotyczące liczby i przyczyn hospitalizacji w Polsce są systematycznie publikowane od 2003 roku w ramach Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej prowadzonego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (PZH). W badaniu tym bierze udział ponad 90% polskich szpitali [18]. W zakresie okulistyki, publikowane dane prezentują liczbę hospitalizacji ogółem a także liczbę hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem zaćmy.

W 2003 roku liczba pacjentów hospitalizowanych z przyczyn okulistycznych wynosiła 195 tys., a 65% hospitalizacji dotyczyło osób w wieku powyżej 55 lat. W kolejnych latach obserwowano wzrost liczby hospitalizacji – do 211 tys. w 2010 roku. Systematycznie zwiększał się także odsetek (i liczba) hospitalizacji osób w wieku powyżej 55. roku życia, który w 2010 roku osiągnął 79% (Tabela 4, Wykres 8).

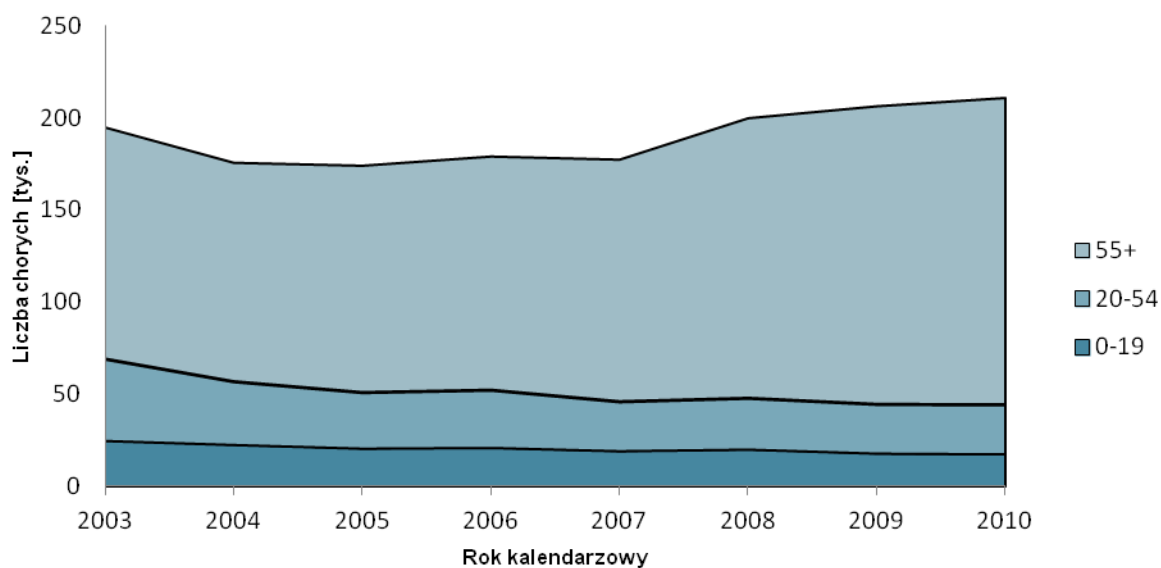
Liczby te świadczą o rosnącym zapotrzebowaniu na usługi medyczne z zakresu okulistyki wynikającym ze starzenia się społeczeństwa. Biorąc pod uwagę trendy demograficzne w Polsce, w przyszłości należy spodziewać się dalszego wzrostu liczby koniecznych hospitalizacji, szczególnie starszych osób.

**Tabela 4.**  
**Hospitalizacje z powodów okulistycznych w Polsce w latach 2003–2010**

Rok	Liczba hospitalizacji w grupach wiekowych [tys. osób]			Ogółem
	0-19	20-54	55+	
2003	24,7 (13%)	44,3 (23%)	125,6 (65%)	195
2004	22,5 (13%)	34,2 (20%)	118,7 (68%)	176
2005	20,5 (12%)	30,3 (17%)	123,0 (71%)	174
2006	20,9 (12%)	31,2 (17%)	126,7 (71%)	179
2007	19,1 (11%)	26,7 (15%)	131,3 (74%)	177
2008	20,0 (10%)	27,7 (14%)	151,9 (76%)	200
2009	17,8 (9%)	26,6 (13%)	161,7 (78%)	206
2010	17,4 (8%)	26,7 (13%)	166,5 (79%)	211

Źródło: PZH [18]

**Wykres 8.**  
**Liczba hospitalizacji okulistycznych w Polsce w latach 2003-2010**



Źródło: PZH [18]

W 2003 roku spośród wszystkich hospitalizacji z przyczyn okulistycznych ok. 40% stanowiły operacje związane z usunięciem zaćmy. W latach 2003–2007 udział operacji zaćmy we wszystkich hospitalizacjach wzrósł o połowę osiągając wartość 60% w 2007 roku i od tamtego czasu utrzymuje się na stabilnym poziomie. Liczba hospitalizacji związanych z zaćmą w 2010 roku była o 65% większa

niż w 2003 roku. Ponad 90% hospitalizacji dotyczy pacjentów w wieku powyżej 55 lat. (Tabela 5, Wykres 9).

**Tabela 5.**  
**Hospitalizacje związane z leczeniem zączy w Polsce w latach 2003–2010**

Rok	Liczba hospitalizacji w grupach wiekowych [tys. osób]			Ogółem
	0-19	20-54	55+	
2003	0,6 (0,7%)	6,8 (9%)	72,1 (91%)	80
2004	0,5 (0,6%)	6,7 (8%)	73,4 (91%)	81
2005	0,4 (0,5%)	7,1 (8%)	82,3 (92%)	90
2006	0,4 (0,5%)	6,8 (7%)	86,0 (92%)	93
2007	0,4 (0,4%)	7,0 (7%)	93,7 (93%)	101
2008	0,4 (0,4%)	7,4 (6%)	110,8 (94%)	119
2009	0,4 (0,3%)	6,6 (5%)	115,0 (94%)	122
2010	0,3 (0,2%)	6,3 (5%)	119,4 (95%)	126

Źródło: PZH [18]

**Wykres 9.**  
**Hospitalizacje związane z leczeniem zączy w Polsce w latach 2003–2010**



Źródło: PZH [18]

Na bardziej szczegółową analizę przyczyn hospitalizacji pozwalają statystyki publikowane przez NFZ. Sposób raportowania danych umożliwia wyodrębnienie hospitalizacji z powodu zwyrodnienia plamki żółtej (AMD), zaćmy, jaskry, przeszczepu rogówki, witrektomii i leczenia zachowawczego. Opublikowane statystyki dotyczą roku 2009 oraz 2010 [19].

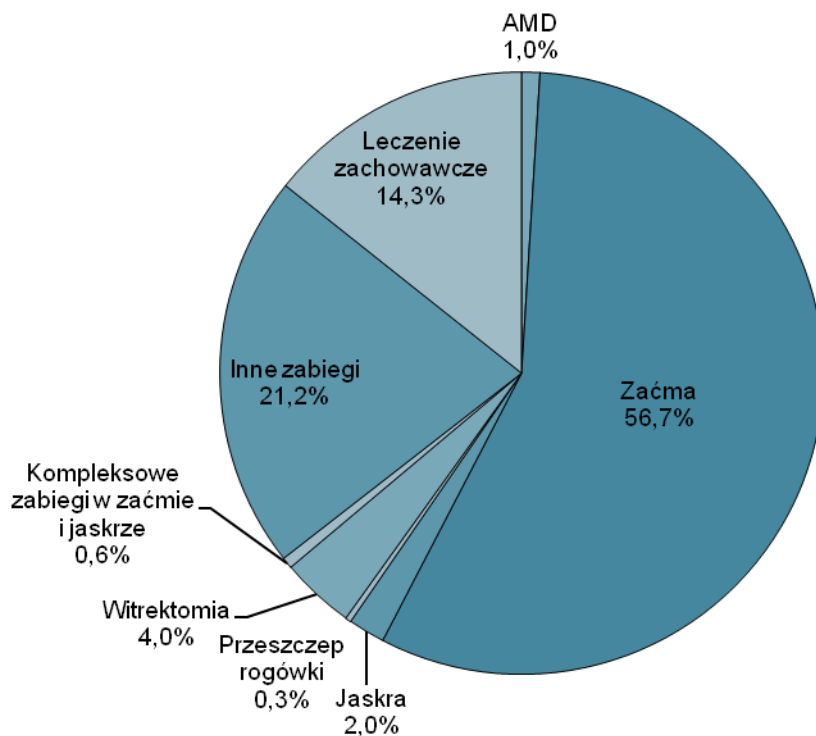
Największy udział w hospitalizacjach z powodów okulistycznych ma – zgodnie z wcześniej przedstawionymi danymi – zaćma, która jest przyczyną ponad połowy wszystkich hospitalizacji. Leczenie jaskry stanowi niewielki odsetek ogółu hospitalizacji, około 2%. Jaskra leczona jest w Polsce przeważnie w warunkach ambulatoryjnych, tymczasem prezentowane statystyki dotyczą wyłącznie leczenia zamkniętego. (Tabela 6)

**Tabela 6**  
**Przyczyny hospitalizacji na oddziałach okulistycznych**

Przyczyna hospitalizacji	Liczba hospitalizacji [tys.]	
	2009	2010
<b>AMD</b>	1,0 (0,3%)	2,9 (1%)
<b>Zaćma</b>	167,8 (56%)	165,6 (57%)
<b>Jaskra</b>	6,3 (2%)	5,8 (2%)
<b>Przeszczep rogówki</b>	0,6 (0,2%)	0,9 (0,3%)
<b>Witrektomia</b>	10,2 (3%)	11,6 (4%)
<b>Kompleksowe zabiegi w zaćmie i jaskrze</b>	1,6 (1%)	1,8 (1%)
<b>Inne zabiegi</b>	67,6 (23%)	62,0 (21%)
<b>Leczenie zachowawcze okulistyczne</b>	43,3 (15%)	41,8 (14%)
<b>Razem</b>	298,5 (100%)	292,4 (100%)



**Wykres 10.**  
**Struktura hospitalizacji z przyczyn okulistycznych w 2010 roku**



Źródło: NFZ [19]

## 2.4. Zasoby

Liczba lekarzy okulistów w Polsce, zgodnie z danymi z rejestru Naczelnej Izby Lekarskiej z lutego 2012 roku, wynosi 4703. 4278 lekarzy jest czynnych zawodowo [20]. Na 1 mln mieszkańców przypada zatem około 110 praktykujących lekarzy okulistów. W porównaniu z 5 największymi państwami Unii Europejskiej, Polska znajduje się w czołówce pod względem liczby lekarzy okulistów na 1 mln mieszkańców (Tabela 7).

**Tabela 7.**  
**Liczba okulistów na milion mieszkańców w wybranych państwach europejskich**

Państwo	Liczba okulistów na 1 mln mieszkańców
Francja	112
Hiszpania	72
Niemcy	81
Polska	110
Wielka Brytania	52
Włochy	68

Źródło: Resnikoff 2012 [21], NIL [20]

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w 2009 roku w Polsce istniało 141 oddziałów okulistycznych w szpitalach ogólnych, na których znajdowało się łącznie około 3,3 tys. łóżek szpitalnych [22]. Liczbę łóżek na 100 tys. osób przedstawiono na kolejnym wykresie (Wykres 11), zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi województwami jest znaczne – od 4,5 do 16,0 na 100 tys. osób. Konsekwencją takiego stanu rzeczy może być nierówny dostęp do świadczeń.

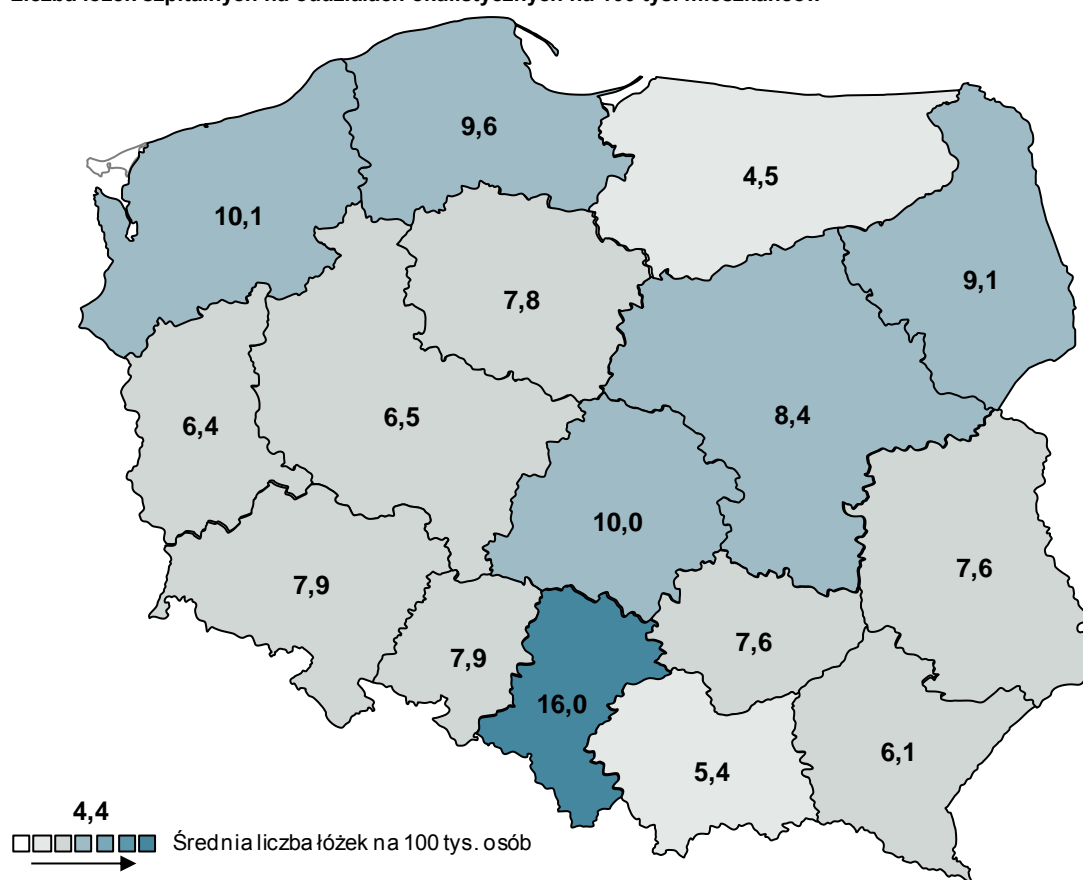
**Tabela 8.**  
**Oddziały okulistyczne i liczba łóżek szpitalnych**

Województwo	Liczba ludności [tys.]	Oddziały okulistyczne	Liczba łóżek szpitalnych	Liczba łóżek na 100 tys. osób	Średni czas pobytu
Dolnośląskie	2 877	10	226	8	1,9
Kujawsko-pomorskie	2 069	8	161	8	3,6
Lubelskie	2 157	6	163	8	2,8
Lubuskie	1 010	3	65	6	2,2
Łódzkie	2 542	14	253	10	3,2
Małopolskie	3 298	6	177	5	2,0
Mazowieckie	5 222	16	439	8	2,5
Opolskie	1 031	3	81	8	2,7
Podkarpackie	2 102	5	128	6	2,1
Podlaskie	1 190	6	108	9	3,1
Pomorskie	2 230	11	215	10	2,6
Śląskie	4 641	27	743	16	3,9
Świętokrzyskie	1 270	4	97	8	2,3

Województwo	Liczba ludności [tys.]	Oddziały okulistyczne	Liczba łóżek szpitalnych	Liczba łóżek na 100 tys. osób	Średni czas pobytu
Warmińsko-mazurskie	1 427	4	64	4	2,8
Wielkopolskie	3 408	10	222	7	3,0
Zachodniopomorskie	1 693	8	171	10	2,3
<b>Polska</b>	<b>38 167</b>	<b>141</b>	<b>3 313</b>	<b>8</b>	<b>2,8</b>

Źródło: GUS [22]

**Wykres 11.**  
 Liczba łóżek szpitalnych na oddziałach okulistycznych na 100 tys. mieszkańców



Źródło: GUS [22]

### 3. ORGANIZACJA ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU OKULISTYKI W POLSCE

#### 3.1. Wykaz świadczeń gwarantowanych

Przepisy dotyczące warunków udzielania i zakresu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zasady kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych reguluje ustawa o świadczeniach zdrowotnych z 27 sierpnia 2004 roku [23] z późniejszymi zmianami. Najistotniejsze zmiany w zapisach ustawy wprowadzone zostały wraz z wejściem w życie nowelizacji ustawy, tzw. „ustawy koszykowej” w 2009 roku [24]. Na podstawie tej ustawy kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego, w szczególności w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego, dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM). Dodatkowo wykaz świadczeń gwarantowanych określany przez ministra właściwego ds. zdrowia ma zawierać określenie sposobu finansowania danego świadczenia (mające na uwadze treść rekomendacji Prezesa AOTM) oraz warunków jego realizacji (w tym dotyczących personelu medycznego, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną).

Do 2009 roku obowiązywał tzw. „negatywny koszyk” świadczeń zdrowotnych, to znaczy określona była tylko lista świadczeń zdrowotnych, które nie są finansowane ze środków publicznych. W zakresie okulistyki w koszyku negatywnym znajdowały się następujące świadczenia:

- chirurgia refrakcyjna w korekcie wad wzroku,
- stymulacja laserowa plamki żółtej,
- alloplastyka tętnic skroniowych. [25]

W 2009 roku weszła w życie nowelizacja ustawy o świadczeniach zdrowotnych z 27 sierpnia 2004 roku, tzw. „ustawa koszykowa” [24]. Minister Zdrowia wydał na tej podstawie rozporządzenia zawierające wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych (świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w całości lub współfinansowanych ze środków publicznych), osobno m.in. dla leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych (w sumie zostało zdefiniowanych 13 zakresów świadczeń zdrowotnych, tworzących koszyk gwarantowany). Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych) oraz wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego określone są przez zapisy rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku [26, 27] z późniejszymi zmianami.

Zestawienie zabiegów w zakresie narządu wzroku gwarantowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (50 procedur medycznych) oraz świadczenia gwarantowane z zakresu okulistyki w lecznictwie szpitalnym (265 procedur medycznych) zestawiono w aneksie (rozdział 10.1).

Świadczenia z zakresu lecznictwa szpitalnego mogą być udzielane w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej lub leczenia jednego dnia. Charakterystykę tych trybów przedstawiono w tabeli (Tabela 9) [28].

**Tabela 9.**  
**Typy umów dotyczących realizacji świadczeń z zakresu lecznictwa szpitalnego**

Typ	Definicja
Hospitalizacja	Całodobowe udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej, spełniającym wymagania określone w odrębnych przepisach, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny od chwili przyjęcia pacjenta do momentu jego wypisu lub zgonu. Hospitalizacja obejmuje: kwalifikację do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i terapię zlecone przez lekarza oraz profilaktykę, pielęgnację i rehabilitację, niezbędne w toku leczenia, jak również wszelkie świadczenia związane z pobytem pacjenta w oddziale/ oddziałach szpitalnych, w tym usługę transportu sanitarnego. W rozumieniu warunków zawierania umów, odrębną hospitalizacją może stanowić również całodobowe udzielanie świadczeń trwające od chwili zakończenia udzielania pacjentowi świadczenia wysokospecjalistycznego finansowanego z budżetu państwa do momentu jego wypisu lub zgonu
Hospitalizacja planowa	Całodobowe udzielanie świadczeń w trybie planowym w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej, spełniającym wymagania określone w odrębnych przepisach, którego celem jest przeprowadzenie u pacjenta określonego postępowania leczniczego lub diagnostycznego
Leczenie jednego dnia	Udzielanie świadczeń o charakterze zabiegowym lub zachowawczym w trybie planowym, którego celem jest przeprowadzenie u pacjenta określonego postępowania leczniczego lub diagnostycznego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. Leczenie „jednego dnia” w zespole opieki dziennej realizowane jest w ciągu jednego dnia. Pobyt pacjenta związany z leczeniem „jednego dnia” w zespole chirurgii jednego dnia nie może przekraczać 24 godzin

Rozliczanie świadczeń z zakresu lecznictwa szpitalnego odbywa się w ramach systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), który w Polsce obowiązuje od lipca 2008 roku [29]. System ten polega na wyodrębnieniu grup diagnostycznych, do których przyporządkowywani są pacjenci jednorodni pod względem kosztowym i medycznym. Polski system JGP zawiera w chwili obecnej 32 grup dotyczących chorób narządu wzroku, oznaczonych 3-znakowym kodem, w którym pierwszy znak to B, a kolejne dwa są cyframi (np. B15). Każdej JGP przyporządkowana jest wycena punktowa, która zależy od trybu udzielania świadczenia (hospitalizacja, hospitalizacja planowa lub leczenie jednego dnia). Kwalifikacja pacjentów do konkretnych grup JGP odbywa się na podstawie rozpoznania oraz wykonanych procedur zabiegowych.

### 3.2. Zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem Oddziału Wojewódzkiego NFZ (OW NFZ). Umowy te zawierane są po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań. Świadczeniodawcy zawierający umowę na świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego mogą ubiegać się o udzielanie świadczeń tylko w jednym z wymienionych wcześniej trybów (hospitalizacja, hospitalizacja planowa, leczenie jednego dnia) [28].

#### Konkurs ofert

Warunki stawiane przed świadczeniodawcami przy ubieganiu się o finansowanie realizowanych przez nich świadczeń ze środków publicznych oraz kryteria oceny ofert, które pozwalają na sporządzenie listy rankingowej świadczeniodawców starających się o zawarcie umowy z NFZ określone są przez Prezesa NFZ [23]. Zgodnie z ustawą, przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców Prezes NFZ zasięga opinii właściwych konsultantów krajowych.

Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności:

- ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją;
- ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów.

Algorytm oceny ofert świadczeniodawców zakłada, że liczba punktów danej oferty jest sumą punktów przyznawanych w ramach następujących kryteriów:

- jakość oferowanych świadczeń,
- kompleksowość,
- dostępność,
- ciągłość,
- oferowana cena.

Parametry oceny uwzględniane w ramach każdego z powyżej wyszczególnionych kryteriów przedstawiono w kolejnej tabeli (Tabela 10).

**Tabela 10.**  
**Kryteria oceny ofert**

Kryterium	Uwzględniane parametry
Jakość oferowanych świadczeń	Kwalifikacje osób udzielających świadczeń Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny Bezpieczeństwo udzielania świadczeń Możliwość zapewnienia prawidłowego postępowania w przypadku wystąpienia zdarzeń niekorzystnych, (np. dostęp do intensywnej terapii) Potwierdzenie jakości udzielanych świadczeń uzyskanym i ważnym w okresie obowiązywania przyszłej umowy certyfikatem jakości (np. ISO)
Kompleksowość	Zakres merytoryczny oferowanych świadczeń Zapewnienie świadczeniobiorcy pełnego dostępu do świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych wymaganych ze względu na rodzaj realizowanych świadczeń
Dostępność	Sposób organizacji udzielania świadczeń, w tym harmonogram udzielania świadczeń Udostępnione świadczeniobiorcom sposoby rejestracji Dostosowanie infrastruktury do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz sposób kwalifikacji świadczenioborców do udzielania świadczeń
Ciągłość	Zapewnienie świadczeniobiorcy kontynuacji procesu leczenia
Oferowana cena	Relacja ceny oferowanej do ceny ustalonej dla danego świadczenia dla potrzeb postępowania przez dyrektora Oddziału Funduszu

Maksymalne liczby punktów przyznawanych w odniesieniu do poszczególnym kryteriów są ustalane osobno dla hospitalizacji, hospitalizacji planowej oraz leczenia jednego dnia. Liczby te zmieniały się w kolejnych zarządzeniach Prezesa NFZ, a więc zmieniał się również wpływ poszczególnych kryteriów na ocenę końcową. Na chwilę obecną wartości te ustalone są zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 września 2011 roku (hospitalizacja, hospitalizacja planowa) [30] oraz zarządzeniem Nr 91/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 grudnia 2011 roku (leczenie jednego dnia) [31]. Wartości te przedstawiono w poniższej tabeli (Tabela 11).

**Tabela 11.**  
**Punktacja kryteriów oceny ofert**

Kryterium	Maksymalna liczba punktów w obrębie kryterium		
	Hospitalizacja	Hospitalizacja planowa	Leczenie jednego dnia
Jakość oferowanych świadczeń	50	45	50
Kompleksowość	15	20	10
Dostępność	5	5	15
Ciągłość	10	10	10
Oferowana cena	20	20	20

Liczbę punktów oferty biorącej udział w konkursie wyznacza się w oparciu o następujący algorytm:

1. Wyznaczenie liczby punktów uzyskanej przez daną ofertę w kryterium cenowym ( $y_c$ ) w oparciu o:

- ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia ( $C_{NFZ}$ ), którą podaje się na podstawie wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
- cenę zaproponowaną przez oferenta ( $C_{of}$ ),
- maksymalną liczbę punktów oceny w zakresie kryterium ceny ( $s$ , aktualne zarządzenia ustalają  $s=20$ )
  - wartość  $C_{maks} = 1,1 \times C_{NFZ}$ ,
  - wartość  $C_{min} = 0,9 \times C_{NFZ}$ ,

według następującego schematu:

- jeżeli  $C_{of} < C_{min}$ , to  $y_c = s$ ;
- jeżeli  $C_{of} \geq C_{min}$ , to  $y_c = \frac{s(C_{maks} - C_{of})}{C_{maks} - C_{min}}$ .

Wyznaczenie łącznej liczby punktów danej oferty ( $y$ ) przeprowadzane jest przy zastosowaniu wzoru:

$$y = y_c + \sum_{i=1}^n \frac{a_i}{x_i} s_i$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- $y_c$  – liczba punktów oceny uzyskana w zakresie kryterium cenowego,
- $x$  – maksymalna liczba punktów jednostkowych możliwych do uzyskania w zakresie parametrów szczegółowych objętych wspólną wagą skalującą,
- $s$  – waga skalująca,
- $a$  – liczba punktów jednostkowych uzyskanych w zakresie parametrów szczegółowych objętych wspólną wagą skalującą,
- $n$  – liczba wag skalujących stosowanych w danym rodzaju i zakresie świadczeń, z wyłączeniem kryterium ceny.



Obecnie obowiązujące kryteria rankingowania świadczeniodawców sprawiają, że w konkursie ofert w szczególności nie są brane pod uwagę takie aspekty jak:

- doświadczenie ośrodka,
- doświadczenie kadry medycznej,
- liczba pacjentów oczekujących na zabieg w ośrodku,
- satysfakcja pacjenta z opieki,
- jakość udzielanych świadczeń mierzona odsetkiem powikłań.

Problem niewłaściwego sposobu rankingowania świadczeniodawców oraz potencjalne możliwości jego udoskonalenia przedstawione zostały w rozdziale 5.1.

### **Wymagania kontraktowe**

Na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 146 ust. 1 pkt. 3, [23]), Prezes NFZ określa warunki wymagane od świadczeniodawców do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wymogi dotyczą warunków ogólnych, jakie muszą spełnić wszyscy świadczeniodawcy ubiegając się o przyznanie środków publicznych oraz warunków szczegółowych, jakie muszą spełnić świadczeniodawcy ubiegający się o przyznanie środków w poszczególnych zakresach (np. dla okulistyki). W dalszej części rozdziału przedstawiono wymagania dotyczące personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną dla podmiotów biorących udział w konkursie ofert na realizację świadczeń z zakresu okulistyki oraz zmiany tych wymagań na przestrzeni ostatnich kilku lat.

### **Sprzęt medyczny**

Wymagania dotyczące wyposażenia w sprzęt medyczny określone są w jednej z trzech kategorii dostępności:

- w miejscu udzielania świadczeń,
- w lokalizacji,
- dostęp.

Określa się ponadto sprzęt nieobligatoryjny, którego posiadanie poprawia pozycję świadczeniodawcy w rankingu.

Definicje wyszczególnionych kategorii dostępności, zgodne z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 roku [32], przedstawiono w poniższej tabeli (Tabela 12).

**Tabela 12.**  
**Kategorie dostępności sprzętu medycznego uwzględniane w wymaganiach kontraktowych**

Kategoria dostępności	Definicja.
Miejsce udzielania świadczeń	Pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych
Lokalizacja	Budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń
Dostęp	Zapewnienie realizacji świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane

Szczegółowe wymagania sprzętowe stawiane przed świadczeniodawcami ubiegającymi się o przyznanie środków na leczenie szpitalne w zakresie okulistyki w latach 2008–2011 opisano w dalszej części rozdziału oraz przedstawiono w formie tabelarycznej (Tabela 14) – na czerwono zaznaczone zostały wymagania, które uległy zmianie względem wymagań określonych przez wcześniej obowiązujące zarządzenie Prezesa NFZ. Krótką charakterystykę wybranych urządzeń wymaganych kolejnymi zarządzeniami przedstawiono w Tabeli 13.

Na podstawie zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 11 stycznia 2008 roku [33] w celu ubiegania się o przyznanie środków finansowych na realizację świadczeń szpitalnych w zakresie okulistyki wymagane było posiadanie:

- mikroskopu operacyjnego,
- aparatu USG,
- dostępu do aparatu służącego do komputerowego badania wzroku.

Określono też dodatkowe warunki, których spełnienie pozytywnie wpływało na pozycję świadczeniodawcy w konkursie ofert NFZ:

- posiadanie fakoemulsyfikatora,
- posiadanie lasera okulistycznego argonowego lub diodowego lub NdYAG,
- posiadanie dostępu do aparatu GDx lub HRT.

W omawianym zarządzeniu z 11 stycznia 2008 roku (jak również we wcześniejszych zarządzeniach) określone były jednolite wymagania bez względu na zakres wykonywanych świadczeń okulistycznych. Nie rozróżniano również wymagań ze względu na tryb hospitalizacji (hospitalizacja, hospitalizacja planowa, leczenie jednego dnia).

**Tabela 13.**  
**Charakterystyka sprzętu okulistycznego**

Urządzenie	Opis
Laser okulistyczny argonowy lub diodowy	Wykorzystywany w profilaktyce odwarstwienia siatkówki, w przypadku wystąpienia zmian zwyrodnieniowych oraz otworów w siatkówce. U chorych na cukrzycę stosuje się go przy fotokoagulacji, mającej na celu m.in. zmniejszenie obrzęku i dotlenienie siatkówki.
Laser okulistyczny NdYAG	Wykorzystywany w profilaktyce odwarstwienia siatkówki, w przypadku wystąpienia zmian zwyrodnieniowych oraz otworów w siatkówce. U chorych na cukrzycę stosuje się go przy fotokoagulacji, mającej na celu m.in. zmniejszenie obrzęku i dotlenienie siatkówki. Wykorzystywany również w leczeniu powikłań po operacji zaćmy (zmętnienia torby tylnej soczewki oraz zrostów powstałych pomiędzy sztuczną soczewką wewnątrzgałkową i tęczówką).
Perymetr statyczny	Urządzenie wykorzystywane do określenia progu czułości siatkówki na bodźce świetlne. Pozwala na wykrycie ubytków pola widzenia oraz na wyznaczenie ich granic i głębokości.
Keratometr	Przyrząd diagnostyczny umożliwiający pomiar krzywizny przedniej powierzchni rogówki, wykorzystywany do mierzenia stopnia i osi astygmatyzmu.
Mikrodiatermia	Przyrząd wykorzystywany w terapii rozerwania siatkówki. Umożliwia podgrzewanie tkanek pod wpływem silnego pola elektrycznego lub magnetycznego, powodując rozluźnienie mięśni i złagodzenie odczucia bólu.
Mikroskop endotelialny	Przyrząd wykorzystywany do pomiaru śródbłonka oraz bezkontaktowej pachymetrii.
Retinofot	Aparat wykorzystywany do robienia zdjęć dna oka. Pozwala na wykrycie chorób dna oka, ocenę naczyń siatkówki i ich patologii. Przy jego użyciu wykonuje się badania poprzedzające laseroterapię lub fotokoagulację.
Fakoemulsyfikator	Urządzenie do operacji zaćmy. Za jego pomocą rozbija się starą, zmętniałą własną soczewkę pacjenta z wykorzystaniem fal ultradźwięków lub strumienia płynu, a następnie wysysa rozkawałkowane masy
Aparat GDx	Instrument diagnostyczny służący do wczesnego wykrywania jaskry, monitorowania przebiegu postępu tego schorzenia i monitorowania leczenia. Pozwala w sposób obiektywny ocenić stopień uszkodzenia włókien nerwu wzrokowego w jaskrze
Aparat HRT	System HRT polega na tomograficznym obrazowaniu wybranych struktur dna oka - siatkówki i tarczy nerwu wzrokowego. Aparat rejestruje obrazy na kilkudziesięciu przekrojach, analizuje je i składa w trójwymiarową strukturę. Wynik badania zostaje zapisany w formie obrazów z wykorzystaniem barwnego kodu, a także w formie liczbowej
Pachymetr	Służy do pomiaru grubości rogówki, co jest bardzo ważne w ocenie pomiaru ciśnienia śródgałkowego w jaskrze i nadciśnieniu ocznym. Wynik pachymetrii wpływa na ostateczny wynik pomiaru ciśnienia.
Mikroskop lustrzany	Służy do badania komórek śródbłonka, co jest metodą diagnostyczną schorzeń rogówki. Komórki śródbłonka wyścielają tylną powierzchnię rogówki i odpowiadają za jej prawidłowe uwodnienie oraz przezroczystość. Ich ocena, obejmująca liczbę komórek na milimetr kwadratowy oraz cechy morfologiczne kształtu, jest ważna przed planowanym zabiegiem operacyjnym. Mikroskop lustrzany mierzy ponad to grubość rogówki co jest również bardzo ważne w procedurze kwalifikacji do zabiegu operacyjnego. Grubość rogówki zależy od funkcji komórek śródbłonka i wynosi średnio 0,535 mm. Gdy komórek śródbłonka jest zbyt mało lub są one niewydolne grubość rogówki wzrasta

Wprowadzenie grup JGP w rozliczaniu świadczeń realizowanych w lecznictwie szpitalnym w lipcu 2008 roku, w tym dla świadczeń z zakresu chorób oczu, związane było ze zmianą sposobu określania wymagań sprzętowych dla świadczeniodawców. Określono wspólne wymagania, które muszą spełniać wszyscy świadczeniodawcy starający się o zawarcie umowy z NFZ (bez względu na rodzaj oferowanych świadczeń okulistycznych) oraz wymagania sprzętowe, które dodatkowo muszą spełniać placówki zgłaszające chęć wykonywania zabiegów związanych z zaćmą i/lub jaskrą (grupy B11–B15, B72–B74), bądź też leczeniem wysiękowej postaci AMD przy zastosowaniu terapii fotodynamicznej (grupa B1). Ponadto zróżnicowano wymagania ze względu na tryb hospitalizacji w jakim realizowane są świadczenia (hospitalizacja, hospitalizacja planowa, leczenie jednego dnia).

Pierwszym zarządzeniem, w którym uwzględnione zostały opisane powyżej zmiany związane z wprowadzeniem systemu JGP było zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 11 czerwca 2008 roku [34]. Na mocy tego zarządzenia:

- posiadanie w miejscu udzielania świadczeń fakoemulsyfikatora oraz lasera okulistycznego argonowego, diodowego lub NdYAG (wcześniej uwzględniane jako warunki dodatkowe) stało się wymogiem dla placówek starających się o przyznanie kontraktu na leczenie zaćmy i/lub jaskry w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej; w przypadku leczenia jednego dnia posiadanie wspomnianych urządzeń w lokalizacji było kryterium dodatkowo ocenianym;
- przy ubieganiu się o przyznanie kontraktu na leczenie zaćmy i/lub jaskry w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej wprowadzono konieczność posiadania w lokalizacji aparatu GDX lub HRT oraz perymetru statycznego; w przypadku leczenia jednego dnia posiadanie aparatu GDX lub HRT w lokalizacji uwzględniono jako kryterium dodatkowe;
- dla świadczeniodawców ubiegających się o przyznanie kontraktu na leczenie wysiękowej postaci AMD wprowadzono konieczność posiadania okulistycznego lasera argonowego lub diodowego oraz retinofotu oraz możliwości wykonania w lokalizacji badania angiografii fluoresceinowej lub indocyjaninowej (wymagania dla placówek ubiegających się o środki na leczenie AMD dotyczyły hospitalizacji i hospitalizacji planowej – tylko w tych trybach możliwe jest prowadzenie leczenia w tym zakresie).

Wraz z wejściem w życie zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 22 października 2008 roku [28]:

- konieczność posiadania w lokalizacji aparatu GDX lub HRT oraz perymetru statycznego rozszerzono na wszystkie placówki ubiegające się o przyznanie kontraktu w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej (bez względu na zakres planowanych do realizacji świadczeń);

- wprowadzono wymóg posiadania w miejscu udzielania świadczeń pachymetru i mikroskopu lustrzanego, bez względu na tryb hospitalizacji – dla świadczeniodawców ubiegających się o przyznanie środków na leczenie zaćmy i/lub jaskry;
- wśród kryteriów dodatkowo ocenianych w przypadku hospitalizacji i hospitalizacji planowej wprowadzono posiadanie w lokalizacji witrektomu;
- wymóg posiadania w miejscu udzielania świadczeń dwóch rodzajów lasera okulistycznego (lasera argonowego lub diodowego i lasera NdYAG) w przypadku hospitalizacji i hospitalizacji planowej zastąpiono wymogiem posiadania w lokalizacji jednego lasera, dowolnego typu (z 3 wymienionych powyżej).

Zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 19 marca 2009 roku wprowadziło:

- dodatkowe wymagania dla świadczeniodawców starających się o przyznanie kontraktu na wykonywanie przeszczepów rogówki (grupy B04–B06) – wymagania obejmowały konieczność posiadania w lokalizacji mikroskopu endotelialnego, pachymetru oraz typografu rogówkowego (wymagania dotyczą trybu hospitalizacji, tylko w takim trybie możliwe jest wykonywanie tego zabiegu);
- konieczność posiadania keratometru przez wszystkich świadczeniodawców starających się o przyznanie kontraktu w zakresie okulistyki (w przypadku hospitalizacji i hospitalizacji planowej – w miejscu udzielania świadczeń, w przypadku leczenia jednego dnia – w lokalizacji).

Ostatnim zarządzeniem Prezesa NFZ (obowiązującym obecnie), w istotny sposób zmniejszającym wymagania sprzętowe stawiane przed świadczeniodawcami ubiegającymi się o przyznanie kontraktu w zakresie okulistyki, jest zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 13 grudnia 2011 roku (część wymagań w nim zawartych została określona już wcześniej – poprzez zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 roku oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 roku):

- dla placówek realizujących świadczenia okulistyczne w trybie jednodniowym ograniczono wymagania dotyczące dostępności aparatu do komputerowego badania wzroku (zmiana kategorii dostępności na „dostęp” zamiast „w lokalizacji”);
- dla świadczeniodawców leczących zaćmę i/lub jaskrę:
  - zniesiono konieczność posiadania (w każdym trybie) pachymetru i mikroskopu lustrzanego,
  - wymóg posiadania fakoemulsyfikatora ograniczono do lokalizacji (zamiast miejsca udzielania świadczeń),
  - wymóg posiadania lasera okulistycznego ograniczono do placówek starających się o przyznanie środków na leczenie jaskry (ograniczono ponadto konieczność posiadania lasera do lokalizacji zamiast miejsca udzielania świadczeń),

- wprowadzono konieczność posiadania w lokalizacji mikroskopu operacyjnego ze światłem osiowym oraz mikrodiatermii;
- dla placówek zajmujących się przeszczepem rogówki konieczność posiadania mikroskopu endotelialnego, pachymetru i topografu rogówkowego ograniczono do lokalizacji.

Tabela 14.  
Wymagania sprzętowe stawiane świadczeniodawcom realizującym świadczenia zakresie okulistyki w latach 2008–2011

Rodzaj wymagań	Sprzęt okulistyczny	Data wydania zarządzenia Prezesa NFZ określającego wymagania sprzętowe												
		11 I 2008	11 VI 2008			22 X 2008			19 III 2009			13 XII 2011		
		H/HP/H1D	H	HP	H1D	H	HP	H1D	H	HP	H1D	H	HP	H1D
Warunki wymagane	Mikroskop operacyjny	X/DOS	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK
	Aparat do komputerowego badania wzroku	X	X	X	LOK	X	X	LOK	X	X	LOK	X	X	DOS
	Aparat GDx lub HRT	-	-	-	-	LOK	LOK	-	LOK	LOK	-	LOK <sup>b</sup>	LOK <sup>b</sup>	-
	Perymetr statyczny	-	-	-	-	LOK	LOK	-	LOK	LOK	-	LOK	LOK	-
	Aparat USG okulistyczny	X	LOK	LOK	DOS	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK
Warunki dodatkowo oceniane	Keratometr	-	-	-	-	-	-	-	X	X	LOK	X	X	LOK
	Fakoemulsyfikator	X	-	-	LOK	-	-	LOK	-	-	LOK	-	-	LOK
	Laser okulistyczny argonowy lub diodowy	X	X	X	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK
	Laser okulistyczny NdYAG	X	X	X	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK	LOK
	Aparat GDx lub HRT	DOS	-	-	LOK	-	-	LOK	-	-	LOK	-	-	LOK
	Witrekтом	-	-	-	-	LOK	LOK	-	LOK	LOK	-	LOK	LOK	-
	Laser okulistyczny argonowy lub diodowy	-	X	X	-	X	X	X	X	X	X	LOK <sup>a</sup>	LOK <sup>a</sup>	LOK <sup>a</sup>
Warunki dodatkowo wymagane	Laser okulistyczny NdYAG	-	X	X	-	X	X	X	X	X	X	LOK <sup>a</sup>	LOK <sup>a</sup>	LOK <sup>a</sup>
	Fakoemulsyfikator	-	X	X	-	X	X	X	X	X	X	LOK	LOK	LOK
	Aparat GDx lub HRT	-	LOK	LOK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Perymetr statyczny	-	LOK	LOK	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Pachymetr	-	-	-	-	X	X	X	X	X	X	-	-	-
	Mikroskop lustrzany	-	-	-	-	X	X	X	X	X	X	-	-	-
	Mikroskop operacyjny ze światłem osiowym	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	LOK	LOK	LOK
	Mikrodiatermia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	LOK	LOK	LOK
	Laser okulistyczny argonowy lub diodowy	-	X	X	-	X	X	-	X	X	-	X	X	-
	Retinofot	-	X	X	-	X	X	-	X	X	-	X	X	-
B01	Aparat do angiografii fluoresceinowej lub indocyjaninowej	-	LOK	LOK	-	LOK	LOK	-	LOK	LOK	-	LOK	LOK	-
	Mikroskop endotelialny	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	LOK	-	-
	Pachymetr	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	LOK	-	-
	Topograf rogówkowy	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	LOK	-	-
B04-B06	Mikroskop endotelialny	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	LOK	-	-
	Pachymetr	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	LOK	-	-

a) dotyczy wyłącznie placówek deklarujących zamiar leczenia jaskry; H – hospitalizacja, HP – hospitalizacja planowa, H1D – leczenie jednego dnia, X – miejsce udzielania świadczeń, LOK – lokalizacja, DOS - dostęp  
b) aparat OCT lub GDx lub HRT

Zasadność wymagań sprzętowych wprowadzanych kolejnymi zarządzeniami Prezesa NFZ wzbudziła wiele kontrowersji w środowisku lekarzy okulistów. Częste zmiany wymagań wydają się nie mieć racjonalnego uzasadnienia i mogą przyczyniać się do nieuczciwej konkurencji. Zagadnienie to zostało szerzej omówione w rozdziale 5.7.

## Personel

Wymagania dotyczące personelu medycznego w dużej mierze regulowane są wspólnie dla wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o przyznanie środków publicznych na realizację świadczeń zdrowotnych (szczegółowych informacji w tym zakresie dostarczają odpowiednie zarządzenia Prezesa NFZ). Poniżej omówione zostały wyłącznie specyficzne wymagania stawiane placówkom starającym się o przyznanie kontraktu w zakresie okulistyki, określone w kolejnych zarządzeniach Prezesa NFZ i rozporządzeniach Ministra Zdrowia. Wymagania te w przeważającej części dotyczą lekarzy.

Jedynymi wymaganiami dotyczącymi personelu, które określone były specyficznie w zakresie okulistyki już od 2008 roku, jest liczba zatrudnianych lekarzy, w tym lekarzy okulistów. W poniższej tabeli zestawiono dane dotyczące wymaganej liczby etatów koniecznych do ubiegania się o przyznanie kontraktu z NFZ (Tabela 15).

**Tabela 15.**  
**Wymagania kontraktowe dotyczące personelu (lekarzy) w zakresie okulistyki – 2008-2011**

Wymagany personel (liczba etatów)	Data wydania zarządzenia Prezesa NFZ określającego wymagania:				
	11 I 2008		11 VI 2008		20 X 2011
	H/HP	H	HP	H	HP
Lekarze	3	4	1	2	1
w tym specjaliści okulistyki	2	2	1	2	1

H – hospitalizacja, HP – hospitalizacja planowa

Wraz z wejściem w życie zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 19 marca 2009 roku wprowadzono dodatkowe wymagania dla placówek ubiegających się o przyznanie kontraktu na wykonywanie zabiegów przeszczepu rogówki:

- równoważnik co najmniej 1 etatu – specjalista z doświadczeniem w dokonywaniu przeszczepienia rogówki, udokumentowanym wykonaniem w ciągu ostatnich 12 miesięcy zabiegów przeszczepiania rogówek samodzielnie,
- łóżka intensywnej opieki medycznej z wydzielonym stałym dyżurem pielęgniarskim.



Z kolei dodatkowe wymagania dla placówek starających się o uzyskanie środków publicznych na leczenie zaćmy i/lub jaskry wprowadzono na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Zgodnie z zapisami tego rozporządzenia w celu uzyskania kontraktu na leczenie zaćmy i/lub jaskry konieczne jest zatrudnianie następującego personelu:

- lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki z odpowiednim doświadczeniem w okulistycznych zabiegach operacyjnych,
- lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii,
- pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
- pielęgniarka anestezjologiczna.

Przedstawiony powyżej wymóg zatrudnienia pielęgniarki – specjalisty pielęgniarstwa operacyjnego spotkał się z falą krytyki ze strony środowiska lekarzy okulistów. Temat ten został szerzej przedstawiony w rozdziale 5.7.

### 3.3. Grupy JGP dotyczące chorób oczu

Świadczenia okulistyczne realizowane w ramach lecznictwa szpitalnego rozliczane mogą być w ramach jednej z 32 grup systemu JGP (Tabela 16). Pacjenci kwalifikowani są do odpowiedni grup na podstawie rozpoznania, wykonanych procedur, a czasem także na podstawie wieku (podział dorośli/dzieci). NFZ finansuje koszty hospitalizacji pacjenta zakwalifikowanego do konkretnej grupy JGP na poziomie odpowiadającym wycenie tej grupy. Prezes NFZ ogłasza w formie zarządzenia liczbę punktów rozliczeniowych przypisaną dla każdej grupy (zarządzenie nr 34/2013/DSOZ z dnia 28 czerwca 2013 roku [35]). Liczbę punktów rozliczeniowych mnoży się następnie przez wartość punktu, która jest negocjowana indywidualnie przez podmioty realizujące świadczenia z zakresu lecznictwa szpitalnego. W 2012 roku wartość punktu u większości świadczeniodawców wynosi ok. 51–52 zł [36].

Zasady ustalania wyceny grup JGP (taryfy) nie są w chwili obecnej przejrzyste. Sytuacja ta miała zostać zmieniona ustawą o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (projekt ustawy z dnia 19 lipca 2011 roku [37]). W projekcie proponuje się utworzenie Agencji Taryfikacji Świadczeń Opieki Zdrowotnej, której celem ma być m.in. określanie i bieżąca aktualizacja/modyfikacja taryfy świadczeń. Taryfa wyznaczona przez Agencję będzie bezpośrednio wiążąca dla Prezesa NFZ.

Zasady ustalania wyceny grup JGP (taryfy) nie są w chwili obecnej przejrzyste. Sytuacja ta ma zostać zmieniona ustawą o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (projekt ustawy z dnia 19 lipca 2011 roku [37]). W projekcie proponuje się utworzenie Agencji Taryfikacji Świadczeń Opieki Zdrowotnej, której celem ma być m.in. określanie i bieżąca aktualizacja/modyfikacja taryfy świadczeń. Taryfa wyznaczona przez Agencję będzie bezpośrednio wiążąca dla Prezesa NFZ.

Projekt ustawy o Agencji Taryfikacji jest jednak oceniany przez ekspertów bardzo negatywnie. Agencja ta powinna pełnić podobną rolę jak Agencja Cen (Komisja Ekonomiczna) dla leków. Planowane dokonywanie wyceny świadczeń nielekowych na podstawie szczegółowego rachunku kosztów jest nie tylko niepotrzebne, ale również nieracjonalne. Dokonanie wyceny w oparciu o szczegółową analizę kosztów kilkudziesięciu (jeżeli nie kilkuset) tysięcy świadczeń jest niemożliwe do przeprowadzenia m.in. z uwagi na dezaktualizację, rozrzut oraz ilość niezbędnych danych. Szczegółowa analiza danych kosztowych powinna być dokonywana w 10-20% przypadków. Dla pozostałych świadczeń wycena powinna odpowiadać potrzebom zdrowotnym i dynamicznie wpływać na regulację podaży świadczeń nielekowych. Agencja Taryfikacji powinna również podejmować negocjacje ze środowiskiem świadczeniodawców i lekarzy oraz z producentami na rzecz ustalania taryf, przy czym należy pamiętać, że zarówno taryfy jak i ich wzajemne relacje są zmienne.

Obowiązujące wyceny grup JGP z zakresu chorób oczu, po uwzględnieniu wyceny punktu rozliczeniowego na poziomie 51 zł, przedstawiono w kolejnej tabeli (Tabela 16). Przyjęta wartość punktu ma charakter maksymalny, podczas negocjacji umów z NFZ realna wartość punktu może być niższa niż 51 zł (porównaj rozdz. 5.5).

Z uwagi na fakt, iż znaczna część operacji usunięcia zaćmy może być wykonywana w trybie jednodniowym, nie wymagając tym samym kilkudniowej hospitalizacji, NFZ w 2013 r. urealnił wycenę punktową świadczeń z zakresu okulistyki z grupy B13. Celem zmiany jest zwiększenie udziału trybu jednodniowego w zabiegu usunięcia, co powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w skróceniu kolejek oczekiwania na to świadczenie. [35]

Wyceny punktowe poszczególnych grup z zakresu chorób oczu przedstawiono w aneksie (rozdział 10.2).

**Tabela 16.**  
**Wycena grup JGP z sekcji okulistyka**

Grupa JGP	Nazwa	Wycena [zł]			Różnica hospitalizacja vs leczenie jednego dnia
		Hospitalizacja	Hospitalizacja planowa	Leczenie jednego dnia	
B01	Leczenie wysiękowej postaci AMD werteporfiną przy zastosowaniu terapii fotodynamicznej	7 038	6 681	-	-
B02	Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji dozkiłstkowych przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF	2 907	2 907	2 907	0
B04	Przeszczep rogówki - kategoria I	8 772	-	-	-
B05	Przeszczep rogówki - kategoria II	6 936	-	-	-
B06	Przeszczep rogówki - kategoria III	5 610	-	-	-
B11	Kompleksowe zabiegi w zaćmie i jaskrze	5 559	5 304	4 998	561
B12	Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	3 621	3 417	3 162	459
B13	Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	2 805	2 805	2 805	0
B14	Usunięcie zaćmy powikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	3 213	3 060	-	-
B15	Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	2 448	2 346	2 193	255
B16	Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne	8 313	7 905	7 497	816
B17	Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne	7 140	6 783	6 426	714
B23	Średnie zabiegi na soczewce	2 346	2 244	2 091	255
B24	Małe zabiegi na soczewce	612	561	408	204
B32	Duże zabiegi na aparacie ochronnym oka	1 989	1 887	-	-
B33	Średnie zabiegi na aparacie ochronnym oka	765	714	714	51
B34	Małe zabiegi na aparacie ochronnym oka	255	255	204	51
B42	Duże zabiegi na oczodole i aparacie łzowym	8 466	8 058	-	-
B43	Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym	2 244	2 142	2 040	204
B44	Małe zabiegi na oczodole i aparacie łzowym	612	561	561	51
B52	Duże zabiegi na rogówce i twardówce	1 785	1 683	-	-
B53	Średnie zabiegi na rogówce i twardówce	1 122	1 071	1 020	102

Grupa JGP	Nazwa	Wycena [zł]			Różnica hospitalizacja vs leczenie jednego dnia
		Hospitalizacja	Hospitalizacja planowa	Leczenie jednego dnia	
B63	Zabiegi w zakresie mięśni okoruchowych	2 346	2 244	2 091	255
B72	Duże zabiegi w jaskrze i na naczyniówce	4 029	3 825	-	-
B73	Średnie zabiegi w jaskrze i na naczyniówce	2 703	2 550	2 448	255
B74	Małe zabiegi w jaskrze i na naczyniówce	255	255	204	51
B81	Duże zabiegi na siatkówce	5 049	4 794	-	-
B82	Duże zabiegi na ciele szklistym	2 448	2 346	-	-
B83	Średnie zabiegi witreoretinalne	1 479	1 428	1 326	153
B84	Małe zabiegi witreoretinalne	816	765	663	153
B94	Inne procedury w zakresie oka	204	153	127,5	76,5
B98	Leczenie zachowawcze okulistyczne	2 142	2 040	255	1 887

## 4. WYDATKI NA OKULISTYKĘ W POLSCE

### 4.1. Umowy zawarte przez Oddziały Wojewódzkie NFZ

#### Wydatki w skali państwa

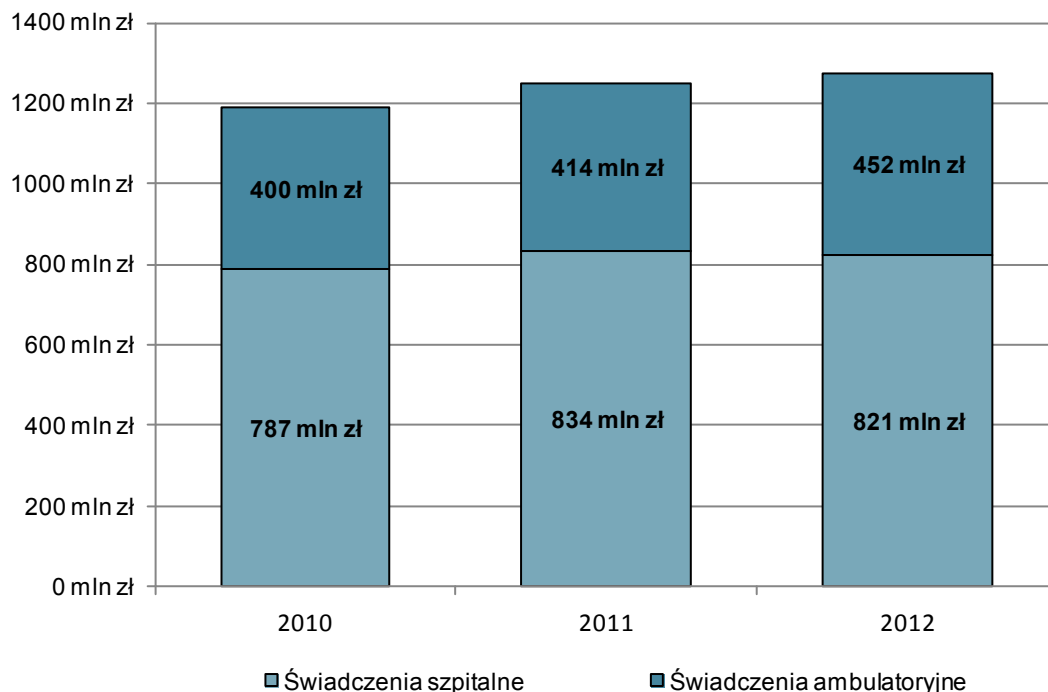
Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych. W ramach umów dotyczących realizacji świadczeń szpitalnych środki przyznawane są oddzielnie dla świadczeń dotyczących usunięcia zaćmy (grupy B12–B15, najpowszechniej wykonywany zabieg okulistyczny), świadczeń dotyczących przeszczepu rogówki (grupy B04–B06) oraz pozostałych świadczeń szpitalnych z zakresu okulistyki. Dane dotyczące wartości umów zawartych przez NFZ z poszczególnymi placówkami publikowane są w informatorze o umowach dostępnym na stronie internetowej NFZ [36].

Dane o umowach przedstawione w dalszej części rozdziału przedstawione są według stanu na kwiecień 2012 roku. Zaprezentowane wartości mogą odbiegać nieznacznie od rzeczywistych kontraktów – sytuacja taka jest pochodną ograniczonej funkcjonalności informatora NFZ. Podczas analizy danych natrafiono na błędy w działaniu systemu polegające np. na przypisaniu umów ze świadczeniodawcami do nieprawidłowych województw. Wszystkie te ograniczenia mogą wpłynąć na zaburzenie obrazu finansowania opieki okulistycznej w Polsce, autorzy niniejszego opracowania dołożyli wszelkich starań aby prezentowane dane cechowały się jak największą wiarygodnością.

Łączna kwota zawartych dotychczas umów na realizację świadczeń w zakresie okulistyki w 2012 roku wynosi 1,27 mld zł, co stanowi 2,1% środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych w planie finansowym NFZ. Jest to kwota wartościowo zbliżona do wydatków poniesionych w 2011 roku (1,25 mld zł, 2,2% środków NFZ) oraz o ok. 7% wyższa niż wydatki w 2010 roku (1,19 mld zł, 2,1% środków NFZ). Udział środków przeznaczonych na leczenie szpitalne w łącznych środkach przeznaczonych na świadczenia okulistyczne wyniósł w latach 2010–2012 64–67% (Wykres 12).

**Wykres 12.**

**Łączna wartość umów zawartych przez Oddziały Wojewódzkie NFZ i świadczeniodawców w zakresie okulistyki**



Spośród środków przeznaczonych na leczenie szpitalne zdecydowana większość przekazywana jest na zabiegi usunięcia zaćmy, kolejno 66,5%, 64,3% i 64,2% w latach 2010, 2011 i 2012. W 2012 roku na ten cel zakontraktowano 527,2 mln zł, co jest kwotą o 2% niższą niż w roku 2011 i o 1% wyższą niż w 2010 (Tabela 17).

Środki przeznaczone na wykonywanie przeszczepu rogówki utrzymują się na poziomie 7–8,6 mln zł, stanowiąc 1% wszystkich środków przeznaczanych na leczenie szpitalne (Tabela 17).

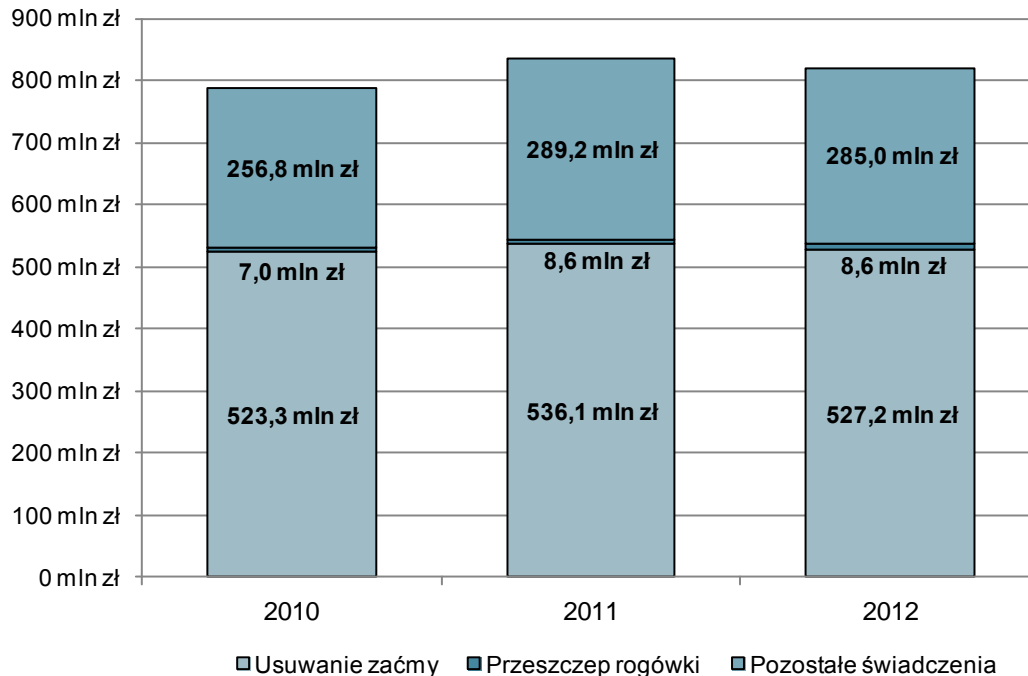
Zmniejszeniu udziału środków przeznaczonych na leczenie zaćmy w łącznych środkach przeznaczonych na leczenie szpitalne towarzyszy wzrost udziału wydatków na inne świadczenia szpitalne (z wyjątkiem leczenia zaćmy i przeszczepu rogówki), kolejno 32,6%, 34,7% i 34,7% w latach 2010, 2011 i 2012.

**Tabela 17.**  
**Łączna wartość umów zawartych przez oddziały wojewódzkie NFZ i świadczeniodawców w zakresie okulistyki**

Zakres świadczeń	Wartość umów			Dynamika zmian		
	2010	2011	2012 <sup>b</sup>	2011 vs 2010	2012 vs 2011	2012 vs 2010
Świadczenia w zakresie okulistyki	1187,5 mln zł (100%)	1248,1 mln zł (100%)	1273,0 mln zł (100%)	+5%	+2%	+7%
Świadczenia ambulatoryjne	400,4 mln zł (33,7%)	414,2 mln zł (33,2%)	452,3 mln zł (35,5%)	+3%	+9%	+13%
Świadczenia szpitalne	787,1 mln zł (66,3%)	833,9 mln zł (66,8%)	820,7 mln zł (64,5%)	+6%	-2%	+4%
Usunięcie zaćmy (B12-B15)	523,3 mln zł (66,5%) <sup>a</sup>	536,1 mln zł (64,3%) <sup>a</sup>	527,2 mln zł (64,2%) <sup>a</sup>	+2%	-2%	+1%
Przeszczep rogówki (B04-B06)	7,0 mln zł (0,9%) <sup>a</sup>	8,6 mln zł (1,0%) <sup>a</sup>	8,6 mln zł (1,0%) <sup>a</sup>	+23%	0%	+23%
Pozostałe świadczenia	256,8 mln zł (32,6%) <sup>a</sup>	289,2 mln zł (34,7%) <sup>a</sup>	285,0 mln zł (34,7%) <sup>a</sup>	+13%	-1%	+11%

a) udział w umowach zawartych w zakresie świadczeń szpitalnych; b) wg stanu na kwiecień 2012 roku

**Wykres 13.**  
**Łączna wartość umów zawartych przez Oddziały Wojewódzkie NFZ i świadczeniodawców na realizację świadczeń szpitalnych w zakresie okulistyki**



## Wydatki w skali województw

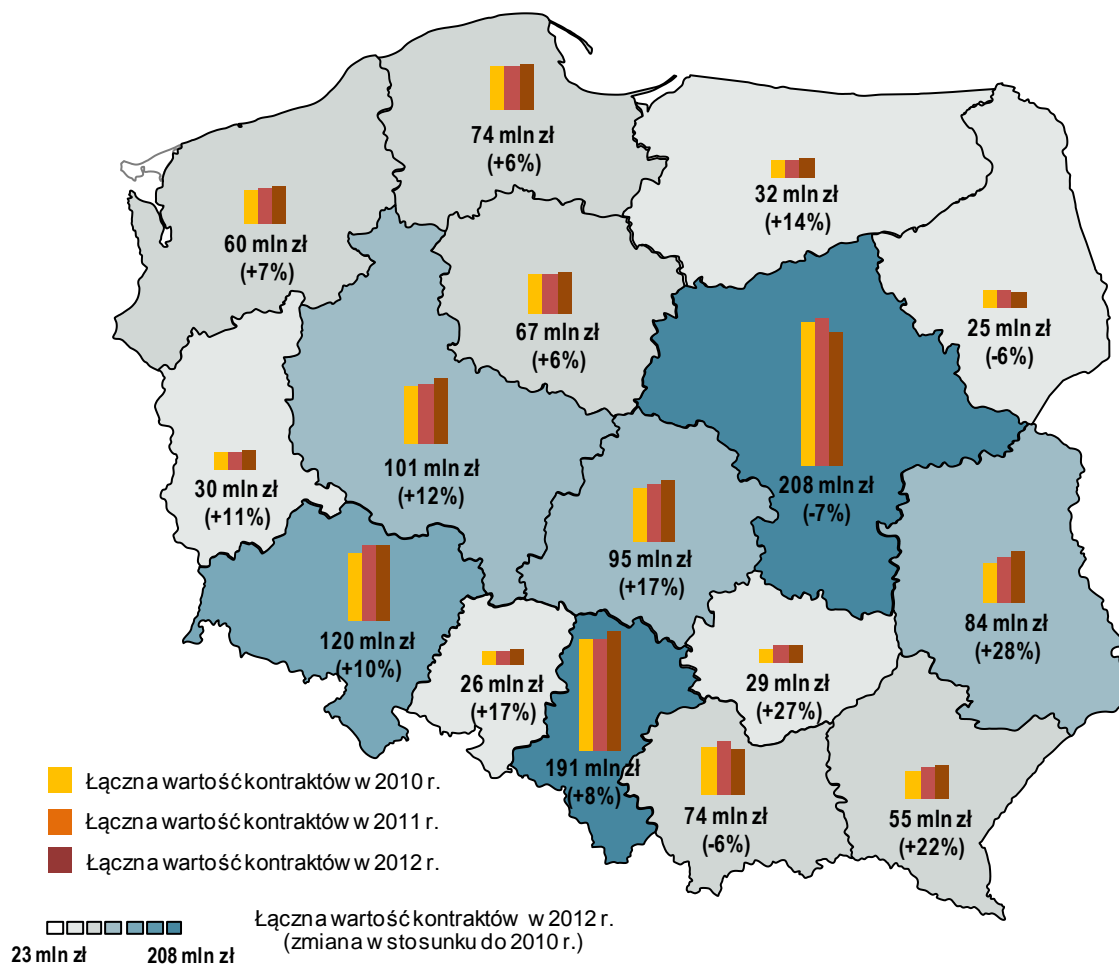
Zasada podziału środków finansowych NFZ między oddziały wojewódzkie (OW) określona została w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (z późniejszymi zmianami) [23, 24] i w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 roku w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych [38]. Na wysokość środków przekazywanych do OW NFZ ma wpływ m.in. liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w danym OW NFZ. Podział funduszy na poziomie województwa, w szczególności dla świadczeń lecznictwa szpitalnego, odbywa się na podstawie historycznej struktury wydatków. Np. w małopolskim OW NFZ plan zakupu świadczeń okulistycznych na 2011 rok został ustalony na poziomie wartości umów obowiązujących w dniu 1 stycznia 2010 roku, chyba, że ich realizacja była niższa, niż przewidywał plan styczniowy – w takiej sytuacji przyjęto poziom wykonania umów. Dodatkowo zwiększono nakłady na leczenie zaćmy w celu skrócenia kolejek oczekujących, a także na zakres okulistyka – hospitalizacja dla obszaru kontraktowania obejmującego miasto Kraków, co wynikało z przejęcia finansowania w ramach umów dot. lecznictwa szpitalnego świadczeń związanych z leczeniem AMD za pomocą iniekcji dożłaskowych [39].

Wartości umów na realizację świadczeń w zakresie okulistyki zawartych przez poszczególne Oddziały Wojewódzkie NFZ w latach 2010–2012 przedstawiono w kolejnej tabeli (Tabela 18). Dane przedstawione zostały w podziale na umowy dotyczące realizacji świadczeń w zakresie lecznictwa ambulatoryjnego i szpitalnego. W analizowanym okresie najwięcej środków na realizację świadczeń okulistycznych (ok. 2,5% środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych) przekazano w województwach dolnośląskim, mazowieckim i śląskim, a najmniej (ok. 1,4% środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych) w województwach warmińsko-mazurskim i świętokrzyskim, a także podlaskim i małopolskim (biorąc pod uwagę wyłącznie dane z 2012 roku).

W 2012 roku w czterech województwach (łódzkie, świętokrzyskie, lubelskie) udział środków przekazywanych na okulistikę wzrósł o co najmniej 10% względem roku 2010; w dwóch województwach (podlaskie, małopolskie) udział środków przekazywanych na okulistikę spadł o ponad 10% względem 2010 roku.



**Wykres 14.**  
**Wydatki na świadczenia okulistyczne w latach 2010–2012**

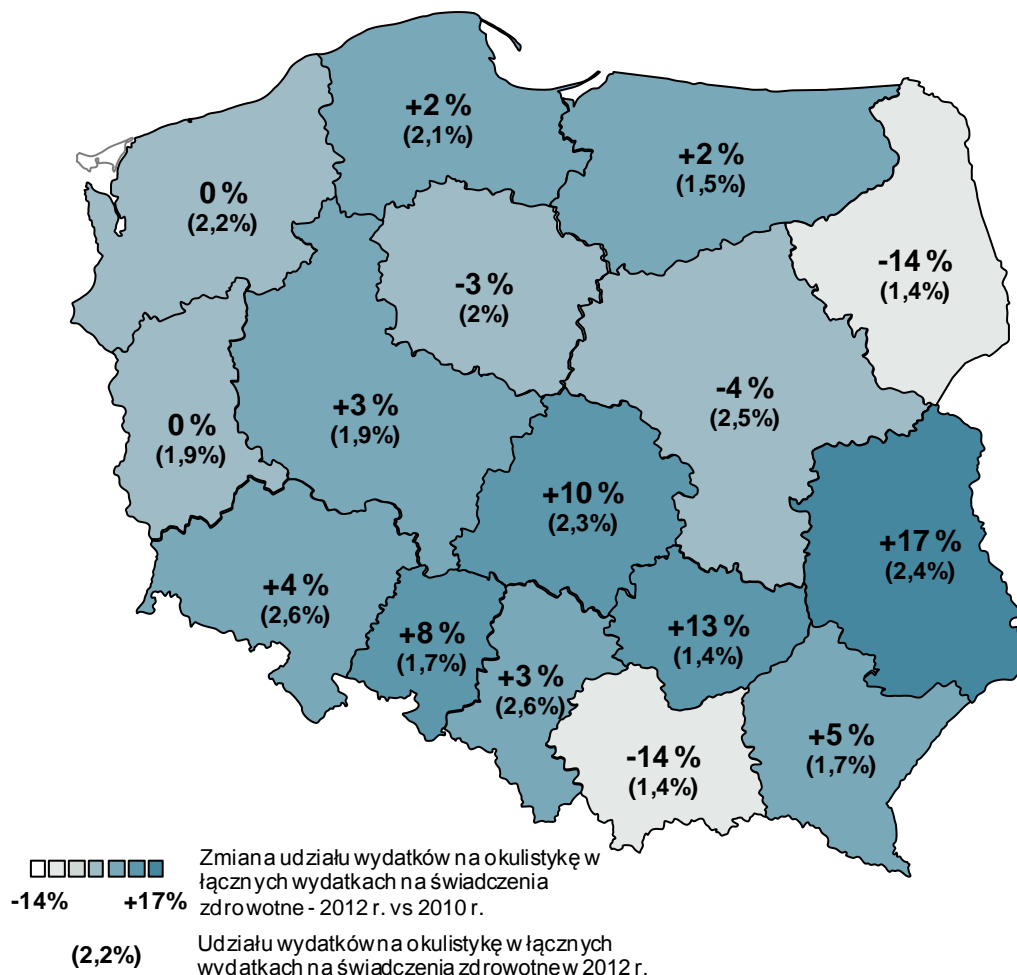


**Tabela 18.**  
Wartość umów zawartych przez oddziały wojewódzkie NFZ na realizację świadczeń z zakresu okulistyki w latach 2010–2012

OW NFZ	Wszystkie świadczenia [mln zł] <sup>a</sup>			Ambulatoryjna opieka specjalistyczna [mln zł] <sup>a</sup>			Leczenie szpitalne [mln zł] <sup>a</sup>		
	2010	2011	2012 <sup>b</sup>	2010	2011	2012 <sup>b</sup>	2010	2011	2012 <sup>b</sup>
<b>Dolnośląski</b>	108,8 (2,5%)	120,8 (2,7%)	120,1 (2,6%)	37,7 (0,9%)	39,6 (0,9%)	44,2 (1,0%)	71,1 (1,6%)	81,2 (1,8%)	76,0 (1,6%)
<b>Kujawsko-Pomorski</b>	63,1 (2,1%)	64,8 (2,1%)	67,1 (2,0%)	16,3 (0,5%)	17,4 (0,6%)	20,6 (0,6%)	46,8 (1,6%)	47,4 (1,5%)	46,4 (1,4%)
<b>Lubelski</b>	65,6 (2,1%)	75,4 (2,3%)	84,1 (2,4%)	23,6 (0,8%)	25,9 (0,8%)	29,0 (0,8%)	42,0 (1,3%)	49,5 (1,5%)	55,1 (1,6%)
<b>Lubuski</b>	27,3 (1,9%)	28,4 (1,9%)	30,3 (1,9%)	9,6 (0,7%)	10,0 (0,7%)	13,0 (0,8%)	17,7 (1,2%)	18,4 (1,2%)	17,3 (1,1%)
<b>Łódzki</b>	81,3 (2,1%)	87,8 (2,2%)	95,3 (2,3%)	26,9 (0,7%)	30,4 (0,8%)	36,4 (0,9%)	54,4 (1,4%)	57,4 (1,5%)	58,9 (1,4%)
<b>Małopolski</b>	78,8 (1,7%)	85,5 (1,8%)	73,9 (1,4%)	28,4 (0,6%)	30,3 (0,6%)	19,1 (0,4%)	50,4 (1,1%)	55,2 (1,2%)	54,9 (1,1%)
<b>Mazowiecki</b>	223,2 (2,5%)	229 (2,6%)	208,3 (2,5%)	74,8 (0,9%)	75,6 (0,8%)	71,9 (0,8%)	148,4 (1,7%)	153,4 (1,7%)	136,3 (1,6%)
<b>Opolski</b>	22,5 (1,6%)	24 (1,7%)	26,4 (1,7%)	8,0 (0,6%)	8,0 (0,6%)	9,5 (0,6%)	14,5 (1,0%)	16,0 (1,1%)	16,9 (1,1%)
<b>Podkarpacki</b>	45,3 (1,6%)	50,5 (1,7%)	55,4 (1,7%)	15,7 (0,6%)	17,6 (0,6%)	21,8 (0,7%)	29,6 (1,1%)	32,9 (1,1%)	33,6 (1,0%)
<b>Podlaski</b>	27,1 (1,6%)	29,9 (1,7%)	25,4 (1,4%)	10,5 (0,6%)	11,1 (0,6%)	6,8 (0,4%)	16,7 (1,0%)	18,8 (1,1%)	18,7 (1,0%)
<b>Pomorski</b>	69,5 (2,1%)	69,6 (2,1%)	73,6 (2,1%)	24,2 (0,7%)	24,6 (0,7%)	28,5 (0,8%)	45,3 (1,4%)	45,1 (1,3%)	45,1 (1,3%)
<b>Śląski</b>	177,2 (2,5%)	175,2 (2,5%)	190,6 (2,6%)	51,8 (0,7%)	47,8 (0,7%)	61,4 (0,8%)	125,4 (1,8%)	127,4 (1,8%)	129,2 (1,8%)
<b>Świętokrzyski</b>	23,2 (1,3%)	28,1 (1,4%)	29,4 (1,4%)	8,9 (0,5%)	11,9 (0,6%)	12,7 (0,6%)	14,3 (0,8%)	16,2 (0,8%)	16,7 (0,8%)
<b>Warmińsko-Mazurski</b>	27,9 (1,4%)	29 (1,4%)	31,7 (1,5%)	10,7 (0,5%)	11,0 (0,5%)	12,8 (0,6%)	17,2 (0,9%)	18,0 (0,9%)	18,9 (0,9%)
<b>Wielkopolski</b>	90,2 (1,8%)	92,9 (1,9%)	101,3 (1,9%)	35,2 (0,7%)	34,6 (0,7%)	44,2 (0,8%)	55,0 (1,1%)	58,3 (1,2%)	57,1 (1,1%)
<b>Zachodniopomorski</b>	56,5 (2,2%)	57,2 (2,2%)	60,2 (2,2%)	18,3 (0,7%)	18,3 (0,7%)	20,5 (0,8%)	38,3 (1,5%)	38,9 (1,5%)	39,7 (1,5%)
<b>Razem</b>	<b>1187,5 (2,1%)</b>	<b>1248,1 (2,2%)</b>	<b>1273 (2,1%)</b>	<b>400,4 (0,7%)</b>	<b>414,2 (0,7%)</b>	<b>452,3 (0,7%)</b>	<b>787,1 (1,4%)</b>	<b>833,9 (1,4%)</b>	<b>820,7 (1,4%)</b>

a) wartości w nawiasach reprezentują udział w łącznych środkach przeznaczonych na świadczenia zdrowotne jakimi dysponował dany OW NFZ; b) wg stanu na kwiecień 2012 roku

**Wykres 15.**  
 Zmiana udziału środków przeznaczanych na okulistykę w łącznych wydatkach na świadczenia zdrowotne – 2012 vs 2010 rok



Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń opieki medycznej należy analizować w kontekście liczby ludności, której te świadczenia przysługują. W dalszej części rozdziału przedstawiono wydatki na świadczenia okulistyczne, w tym na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego na 1 mieszkańca poszczególnych województw (Tabela 19, Wykres 16).

Pomimo pewnych różnic pomiędzy wyszczególnionymi kategoriami świadczeń oraz wydatkami w latach 2010 i 2011, można stwierdzić, że w przeliczeniu na mieszkańca najwięcej środków na świadczenia z zakresu okulistyki przeznaczonych jest w województwach mazowieckim, śląskim

i dolnośląskim, a najmniej w województwach warmińsko-mazurskim i świętokrzyskim. Obserwowane zróżnicowanie i jego rozpiętość mogą być tylko częściowo tłumaczone przez lokalizację ośrodków wysokospecjalistycznych, które wykonują skomplikowane zabiegi u pacjentów z całej Polski. Zgodnie z zawartymi na 2012 rok umowami na realizację świadczeń, finansowanie świadczeń z zakresu okulistyki w przeliczeniu na mieszkańca w przypadku dwóch najlepiej i najgorzej finansowanych województw wynosi:

- wszystkie świadczenia:
  - 41,76 zł w województwie dolnośląskim, 41,09 zł w województwie śląskim,
  - 21,39 zł w województwie podlaskim, 21,18 zł w województwie warmińsko-mazurskim;
- świadczenia ambulatoryjne:
  - 15,35 zł w województwie dolnośląskim, 14,43 zł w województwie łódzkim,
  - 5,69 zł w województwie podlaskim, 5,77 zł w województwie małopolskim;
- świadczenia szpitalne:
  - 27,85 zł w województwie śląskim, 26,41 zł w województwie dolnośląskim,
  - 13,18 zł w województwie świętokrzyskim, 13,24 zł w województwie warmińsko-mazurskim.

**Wykres 16.**  
**Wydatki na świadczenia okulistyczne w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2012 roku**

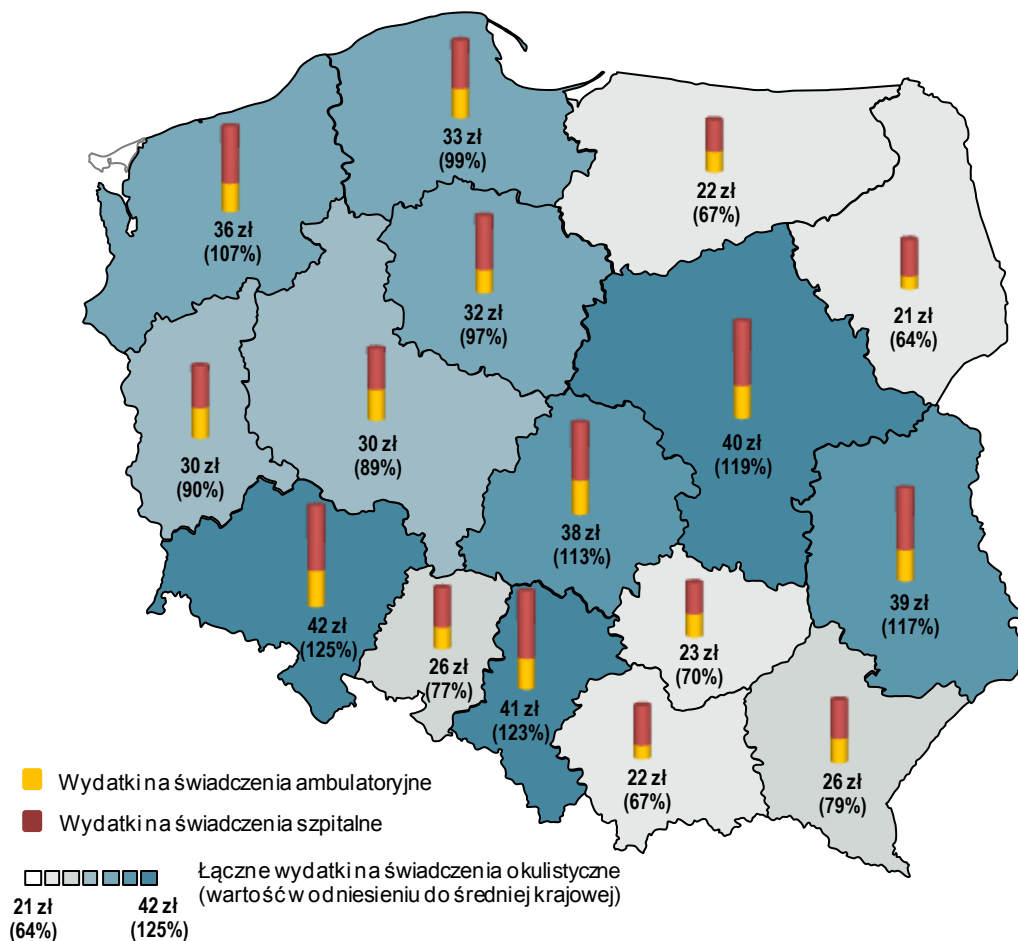


Tabela 19.  
Wydatki na świadczenia okulistyczne w przeliczeniu na 1 mieszkańca

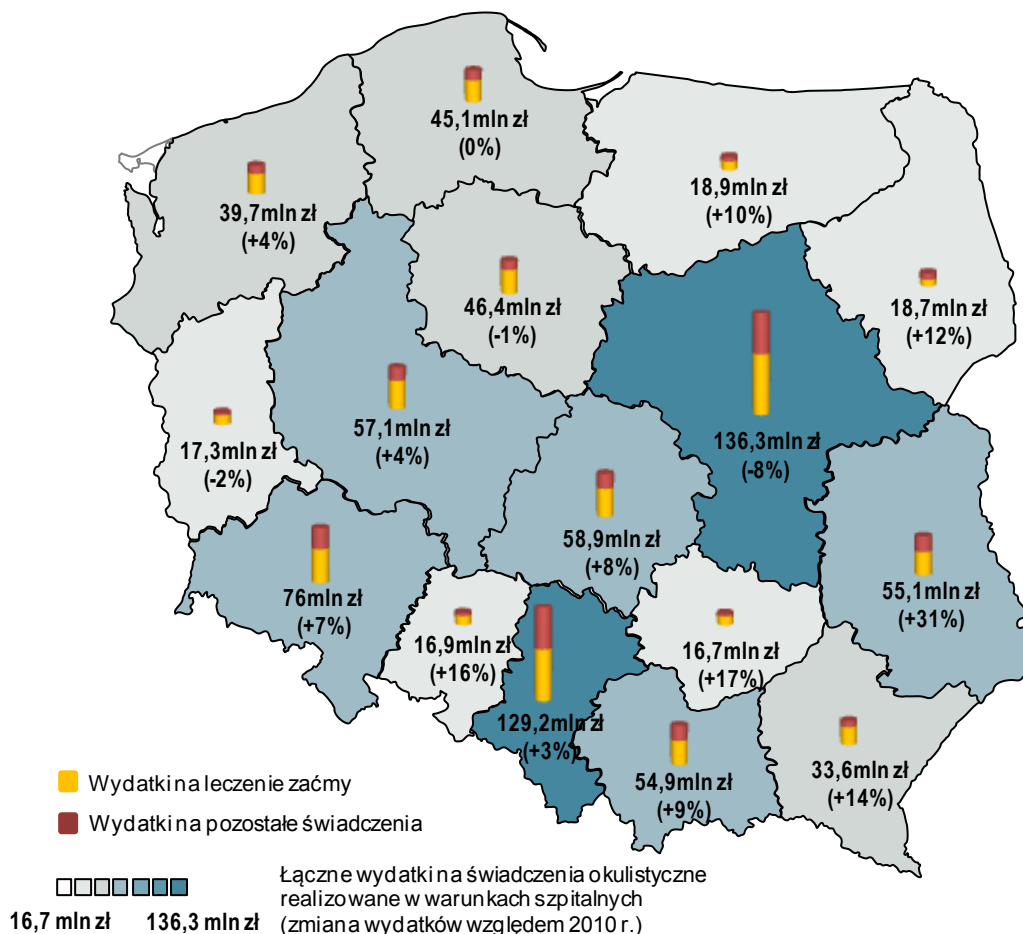
Oddział NFZ	Liczba ludności	Wszystkie świadczenia			Świadczenia ambulatoryjne			Świadczenia szpitalne		
		2010	2011	2012 <sup>a</sup>	2010	2011	2012 <sup>a</sup>	2010	2011	2012 <sup>a</sup>
<b>Dolnośląski</b>	2,9 mln	37,83 zł	41,99 zł	41,76 zł	13,11 zł	13,76 zł	15,35 zł	24,72 zł	28,23 zł	26,41 zł
<b>Kujawsko-Pomorski</b>	2,1 mln	30,52 zł	31,30 zł	32,40 zł	7,88 zł	8,39 zł	9,96 zł	22,63 zł	22,91 zł	22,44 zł
<b>Lubelski</b>	2,2 mln	30,37 zł	35,00 zł	39,01 zł	10,92 zł	12,01 zł	13,46 zł	19,45 zł	22,99 zł	25,55 zł
<b>Lubuski</b>	1,0 mln	27,03 zł	28,12 zł	29,96 zł	9,54 zł	9,88 zł	12,84 zł	17,49 zł	18,24 zł	17,12 zł
<b>Łódzki</b>	2,5 mln	31,93 zł	34,60 zł	37,55 zł	10,55 zł	11,98 zł	14,34 zł	21,37 zł	22,62 zł	23,21 zł
<b>Małopolski</b>	3,3 mln	23,92 zł	25,88 zł	22,38 zł	8,62 zł	9,18 zł	5,77 zł	15,29 zł	16,70 zł	16,61 zł
<b>Mazowiecki</b>	5,2 mln	42,82 zł	43,76 zł	39,80 zł	14,35 zł	14,45 zł	13,75 zł	28,47 zł	29,32 zł	26,05 zł
<b>Opolski</b>	1,0 mln	21,83 zł	23,32 zł	25,59 zł	7,75 zł	7,79 zł	9,19 zł	14,08 zł	15,53 zł	16,40 zł
<b>Podkarpacki</b>	2,1 mln	21,57 zł	24,02 zł	26,34 zł	7,48 zł	8,39 zł	10,35 zł	14,09 zł	15,63 zł	15,99 zł
<b>Podlaski</b>	1,2 mln	22,77 zł	25,12 zł	21,39 zł	8,78 zł	9,34 zł	5,69 zł	14,00 zł	15,78 zł	15,69 zł
<b>Pomorski</b>	2,2 mln	31,22 zł	31,14 zł	32,91 zł	10,89 zł	10,98 zł	12,74 zł	20,34 zł	20,15 zł	20,17 zł
<b>Śląski</b>	4,6 mln	38,16 zł	37,76 zł	41,09 zł	11,15 zł	10,31 zł	13,24 zł	27,01 zł	27,46 zł	27,85 zł
<b>Świętokrzyski</b>	1,3 mln	18,27 zł	22,16 zł	23,18 zł	6,98 zł	9,41 zł	10,00 zł	11,29 zł	12,74 zł	13,18 zł
<b>Warmińsko-Mazurski</b>	1,4 mln	19,54 zł	20,30 zł	22,18 zł	7,46 zł	7,70 zł	8,94 zł	12,07 zł	12,60 zł	13,24 zł
<b>Wielkopolski</b>	3,4 mln	26,50 zł	27,20 zł	29,67 zł	10,33 zł	10,14 zł	12,96 zł	16,16 zł	17,06 zł	16,72 zł
<b>Zachodniopomorski</b>	1,7 mln	33,38 zł	33,75 zł	35,57 zł	10,79 zł	10,81 zł	12,13 zł	22,59 zł	22,94 zł	23,44 zł
<b>Razem</b>	<b>38,2 mln</b>	<b>31,12 zł</b>	<b>32,68 zł</b>	<b>33,34 zł</b>	<b>10,49 zł</b>	<b>10,85 zł</b>	<b>11,84 zł</b>	<b>20,63 zł</b>	<b>21,84 zł</b>	<b>21,49 zł</b>

a) wg stanu na kwiecień 2012 roku

Umowy na realizację świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego dla okulistyki zawierane są osobno na zabiegi usunięcia zaćmy, przeszczep rogówki oraz pozostałe świadczenia okulistyczne. Wartości umów w takim podziale przedstawiono w kolejnej tabeli (Tabela 20) oraz na Wykres 17.

W 2012 roku w województwach lubuskim, łódzkim, opolskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim udział środków przeznaczonych na zabiegi usunięcia zaćmy wzrósł w porównaniu do roku 2010. W pozostałych 11 województwach odnotowano spadek udziału środków przeznaczonych na zabiegi usunięcia zaćmy. Największy spadek odnotowano w województwie podlaskim (9 punktów procentowych).

**Wykres 17.**  
**Wydatki na świadczenia okulistyczne w 2012 roku – leczenie szpitalne**



**Tabela 20.**  
Wartość umów zawartych przez oddziały wojewódzkie NFZ na realizację świadczeń z zakresu okulistyki w latach 2010–2012 – leczenie szpitalne

Oddział NFZ	Usunięcie zaćmy (B12–B15) [mln zł] <sup>a</sup>			Przeszczep rogówki (B04–B06) [mln zł] <sup>a</sup>			Pozostałe świadczenia szpitalne [mln zł] <sup>a</sup>		
	2010	2011	2012 <sup>b</sup>	2010	2011	2012 <sup>b</sup>	2010	2011	2012 <sup>b</sup>
<b>Dolnośląski</b>	44,4 (62,4%)	50,2 (61,8%)	47,2 (62,1%)	0,3 (0,4%)	0,4 (0,5%)	0,4 (0,5%)	26,4 (37,1%)	30,7 (37,8%)	28,4 (37,4%)
<b>Kujawsko-Pomorski</b>	34,8 (74,4%)	34,7 (73,1%)	33,6 (72,4%)	0,1 (0,2%)	0,1 (0,1%)	0,1 (0,2%)	11,9 (25,4%)	12,7 (26,8%)	12,7 (27,4%)
<b>Lubelski</b>	27,0 (64,2%)	27,8 (56,0%)	33,1 (60,1%)	0,8 (1,9%)	0,8 (1,6%)	0,8 (1,5%)	14,3 (33,9%)	21,0 (42,4%)	21,1 (38,3%)
<b>Lubuski</b>	13,9 (78,7%)	13,8 (74,8%)	13,7 (79,2%)	0,0 (0,0%)	0,0 (0,0%)	0,0 (0,0%)	3,8 (21,3%)	4,6 (25,2%)	3,6 (20,8%)
<b>Łódzki</b>	35,4 (65,0%)	36,5 (63,7%)	38,8 (65,8%)	0,3 (0,6%)	0,4 (0,7%)	0,4 (0,6%)	18,7 (34,4%)	20,5 (35,7%)	19,8 (33,6%)
<b>Małopolski</b>	33,1 (65,7%)	34,3 (62,1%)	34,0 (61,9%)	0,0 (0,0%)	0,0 (0,0%)	0,0 (0,0%)	17,3 (34,3%)	20,9 (37,9%)	20,9 (38,1%)
<b>Mazowiecki</b>	93,8 (63,2%)	95,2 (62,1%)	82,5 (60,5%)	1,5 (1,0%)	2,3 (1,5%)	2,4 (1,7%)	53,1 (35,8%)	55,9 (36,4%)	51,5 (37,8%)
<b>Opolski</b>	11,0 (75,8%)	12,3 (77,0%)	13,0 (77,3%)	0,0 (0,2%)	0,1 (0,4%)	0,1 (0,8%)	3,5 (23,9%)	3,6 (22,6%)	3,7 (22,0%)
<b>Podkarpacki</b>	23,0 (77,8%)	24,8 (75,6%)	25,2 (74,8%)	0,0 (0,0%)	0,0 (0,0%)	0,0 (0,0%)	6,6 (22,2%)	8,0 (24,4%)	8,5 (25,2%)
<b>Podlaski</b>	10,2 (61,0%)	10,8 (57,7%)	9,7 (52,1%)	0,0 (0,0%)	0,0 (0,0%)	0,0 (0,0%)	6,5 (39,0%)	7,9 (42,3%)	8,9 (47,9%)
<b>Pomorski</b>	32,8 (72,6%)	30,6 (67,9%)	31,1 (68,9%)	0,6 (1,3%)	0,4 (1,0%)	0,4 (0,9%)	11,8 (26,1%)	14,0 (31,1%)	13,6 (30,2%)
<b>Śląski</b>	75,3 (60,0%)	72,8 (57,2%)	72,4 (56,1%)	3,1 (2,5%)	4,1 (3,2%)	3,8 (2,9%)	47,0 (37,5%)	50,4 (39,6%)	53,0 (41,0%)
<b>Świętokrzyski</b>	11,0 (76,6%)	11,8 (73,1%)	13,0 (77,5%)	0,0 (0,0%)	0,0 (0,0%)	0,0 (0,0%)	3,4 (23,4%)	4,4 (26,9%)	3,8 (22,5%)
<b>Warmińsko-Mazurski</b>	11,8 (68,4%)	12,4 (69,2%)	12,8 (67,5%)	0,0 (0,0%)	0,0 (0,0%)	0,0 (0,0%)	5,4 (31,6%)	5,5 (30,8%)	6,1 (32,5%)
<b>Wielkopolski</b>	39,5 (71,8%)	40,5 (69,6%)	39,0 (68,4%)	0,0 (0,0%)	0,0 (0,0%)	0,0 (0,0%)	15,5 (28,2%)	17,7 (30,4%)	18,1 (31,6%)
<b>Zachodniopomorski</b>	26,4 (69,0%)	27,5 (70,8%)	28,2 (71,0%)	0,1 (0,4%)	0,1 (0,2%)	0,2 (0,6%)	11,7 (30,6%)	11,3 (29,0%)	11,3 (28,5%)
<b>Razem</b>	<b>523,3 (66,5%)</b>	<b>536,1 (64,3%)</b>	<b>527,2 (64,2%)</b>	<b>7,0 (0,9%)</b>	<b>8,6 (1,0%)</b>	<b>8,6 (1,0%)</b>	<b>256,8 (32,6%)</b>	<b>289,2 (34,7%)</b>	<b>285,0 (34,7%)</b>

a) wartości w nawiasach reprezentują udział w łącznych środkach przeznaczonych na leczenie szpitalne w zakresie okulistyki jakimi dysponował dany OW NFZ; b) wg stanu na kwiecień 2012 roku



Zgodnie z zawartymi na rok 2012 umowami na realizację świadczeń, największe i najmniejsze wydatki w przeliczeniu na jednego mieszkańca ponoszone są w województwach:

- usunięcie zaćmy:
  - 16,63 zł w województwie zachodniopomorskim, 16,39 zł w województwie dolnośląskim,
  - 8,17 zł w województwie podlaskim, 8,94 zł w województwie warmińsko-mazurskim;
- przeszczep rogówki (zakontraktowany tylko w 9/16 województw):
  - 0,81 zł w województwie śląskim,
  - 0,03 zł w województwie kujawsko-pomorskim.

**Wykres 18.**  
**Wydatki na świadczenia okulistyczne w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2012 roku – leczenie szpitalne**

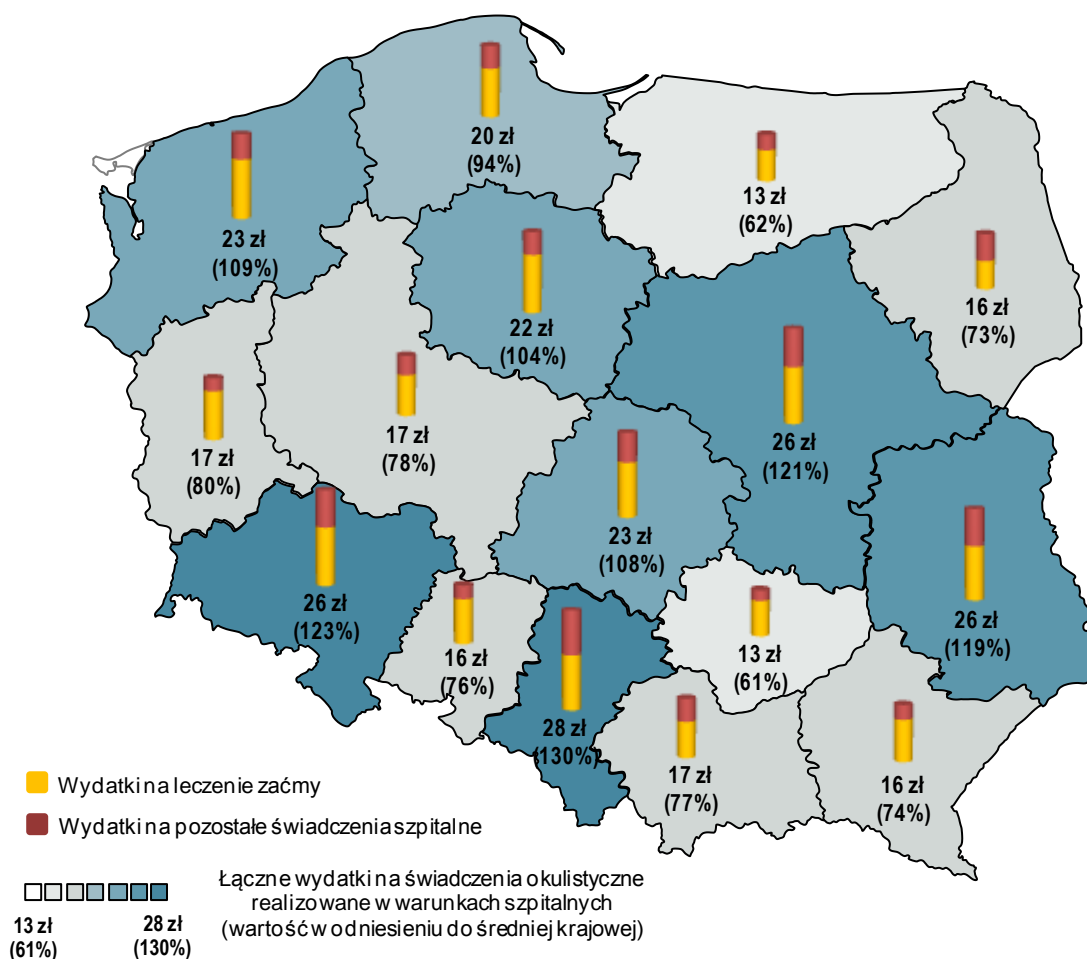


Tabela 21.  
Wydatki na świadczenia okulistyczne w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2012 roku – leczenie szpitalne

Oddział NFZ	Liczba ludności VI 2010	Usunięcie zaćmy (B12–B15)			Przeszczep rogówki (B04–B06)			Pozostałe świadczenia szpitalne		
		2010	2011	2012 <sup>a</sup>	2010	2011	2012 <sup>a</sup>	2010	2011	2012 <sup>a</sup>
Dolnośląski	2,9 mln	15,44 zł	17,44 zł	16,39 zł	0,11 zł	0,13 zł	0,14 zł	9,18 zł	10,67 zł	9,88 zł
Kujawsko-Pomorski	2,1 mln	16,83 zł	16,75 zł	16,25 zł	0,05 zł	0,03 zł	0,03 zł	5,75 zł	6,13 zł	6,16 zł
Lubelski	2,2 mln	12,48 zł	12,88 zł	15,37 zł	0,37 zł	0,36 zł	0,39 zł	6,60 zł	9,75 zł	9,79 zł
Lubuski	1,0 mln	13,77 zł	13,65 zł	13,56 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	3,72 zł	4,59 zł	3,56 zł
Łódzki	2,5 mln	13,89 zł	14,40 zł	15,27 zł	0,13 zł	0,15 zł	0,14 zł	7,35 zł	8,07 zł	7,80 zł
Małopolski	3,3 mln	10,05 zł	10,37 zł	10,28 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	5,25 zł	6,33 zł	6,32 zł
Mazowiecki	5,2 mln	17,99 zł	18,20 zł	15,76 zł	0,29 zł	0,44 zł	0,45 zł	10,19 zł	10,68 zł	9,84 zł
Opolski	1,0 mln	10,68 zł	11,95 zł	12,67 zł	0,03 zł	0,07 zł	0,13 zł	3,37 zł	3,50 zł	3,60 zł
Podkarpacki	2,1 mln	10,97 zł	11,81 zł	11,97 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	3,13 zł	3,81 zł	4,02 zł
Podlaski	1,2 mln	8,53 zł	9,11 zł	8,17 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	5,46 zł	6,67 zł	7,52 zł
Pomorski	2,2 mln	14,76 zł	13,69 zł	13,90 zł	0,27 zł	0,19 zł	0,19 zł	5,31 zł	6,27 zł	6,09 zł
Śląski	4,6 mln	16,22 zł	15,70 zł	15,62 zł	0,67 zł	0,89 zł	0,81 zł	10,13 zł	10,86 zł	11,42 zł
Świętokrzyski	1,3 mln	8,64 zł	9,31 zł	10,22 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	2,64 zł	3,43 zł	2,96 zł
Warmińsko-Mazurski	1,4 mln	8,26 zł	8,71 zł	8,94 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	3,81 zł	3,89 zł	4,30 zł
Wielkopolski	3,4 mln	11,61 zł	11,87 zł	11,43 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	4,56 zł	5,19 zł	5,29 zł
Zachodniopomorski	1,7 mln	15,59 zł	16,24 zł	16,63 zł	0,08 zł	0,05 zł	0,13 zł	6,92 zł	6,66 zł	6,67 zł
<b>Razem</b>	<b>38,2 mln</b>	<b>13,72 zł</b>	<b>14,04 zł</b>	<b>13,81 zł</b>	<b>0,18 zł</b>	<b>0,22 zł</b>	<b>0,22 zł</b>	<b>6,73 zł</b>	<b>7,57 zł</b>	<b>7,46 zł</b>

a) wg stanu na kwiecień 2012 roku

## 4.2. Zrealizowane świadczenia

Informacje o wydatkach na zrealizowane świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego (JGP) publikowane są przez NFZ. [19] Według statystyk NFZ całkowite wydatki na hospitalizacje w ramach grup JGP dotyczących chorób oczu (B01–B98) wyniosły w 2010 roku 798 mln zł. Największy udział w kosztach świadczeń miały:

- zabiegi usunięcia zaćmy (grupy B12–B15) – 525 mln zł (66% całkowitych wydatków),
- zabiegi z wykonaniem witrektomii (grupy B16–B17) – 88 mln zł (11% całkowitych wydatków),
- leczenie zachowawcze (grupa B98) – 70 mln zł (9% całkowitych wydatków).

Dane dotyczące liczby hospitalizacji oraz wydatków związanych z grupami JGP dotyczącymi chorób oczu (B01–B98) w 2010 roku przedstawiono w kolejnej tabeli (Tabela 22). Strukturę wydatków przedstawiono ponadto na Wykres 19.

**Tabela 22.**  
Wartość hospitalizacji poszczególnych grup JGP z katalogu B – “choroby oczu” w 2010 roku

Kod JGP	Nazwa JGP	Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji	Łączna wartość hospitalizacji	Udział w łącznych kosztach
B01	Leczenie wysiękowej postaci AMD werteporfiną przy zastosowaniu terapii fotodynamicznej	860	6 965 zł	6,0 mln zł	0,8%
B02	Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji dożłazkowych przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF	1 992	2 899 zł	5,8 mln zł	0,7%
B04	Przeszczep rogówki - kategoria I	122	8 772 zł	1,1 mln zł	0,1%
B05	Przeszczep rogówki - kategoria II	749	6 953 zł	5,2 mln zł	0,7%
B06	Przeszczep rogówki - kategoria III	48	5 610 zł	0,3 mln zł	0,0%
B11	Kompleksowe zabiegi w zaćmie i jaskrze	1 770	5 467 zł	9,7 mln zł	1,2%
B12	Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	54 314	3 527 zł	191,5 mln zł	24,0%
B13	Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	105 693	3 006 zł	317,7 mln zł	39,8%
B14	Usunięcie zaćmy powikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	2 366	3 184 zł	7,5 mln zł	0,9%
B15	Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	3 263	2 440 zł	8,0 mln zł	1,0%
B16	Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne	5 533	8 231 zł	45,5 mln zł	5,7%

Kod JGP	Nazwa JGP	Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji	Łączna wartość hospitalizacji	Udział w łącznych kosztach
B17	Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne	6 048	7 070 zł	42,8 mln zł	5,4%
B23	Średnie zabiegi na soczewce	2 065	2 312 zł	4,8 mln zł	0,6%
B24	Małe zabiegi na soczewce	5 742	593 zł	3,4 mln zł	0,4%
B32	Duże zabiegi na aparacie ochronnym oka	1 559	1 968 zł	3,1 mln zł	0,4%
B33	Średnie zabiegi na aparacie ochronnym oka	6 179	746 zł	4,6 mln zł	0,6%
B34	Małe zabiegi na aparacie ochronnym oka	12 134	247 zł	3,0 mln zł	0,4%
B42	Duże zabiegi na oczodole i aparacie łzowym	557	8 300 zł	4,6 mln zł	0,6%
B43	Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym	1 661	2 217 zł	3,7 mln zł	0,5%
B44	Małe zabiegi na oczodole i aparacie łzowym	4 434	595 zł	2,6 mln zł	0,3%
B52	Duże zabiegi na rogówce i twardówce	1 950	1 485 zł	2,9 mln zł	0,4%
B53	Średnie zabiegi na rogówce i twardówce	2 854	1 106 zł	3,2 mln zł	0,4%
B63	Zabiegi w zakresie mięśni okoruchowych	5 493	2 238 zł	12,3 mln zł	1,5%
B72	Duże zabiegi w jaskrze i na naczyniówce	2 845	4 180 zł	11,9 mln zł	1,5%
B73	Średnie zabiegi w jaskrze i na naczyniówce	1 305	2 687 zł	3,5 mln zł	0,4%
B74	Małe zabiegi w jaskrze i na naczyniówce	1 616	246 zł	0,4 mln zł	0,0%
B81	Duże zabiegi na siatkówce	1 413	4 984 zł	7,0 mln zł	0,9%
B82	Duże zabiegi na ciele szklistym	79	2 448 zł	0,2 mln zł	0,0%
B83	Średnie zabiegi witreoretinalne	4 017	1 476 zł	5,9 mln zł	0,7%
B84	Małe zabiegi witreoretinalne	11 876	797 zł	9,5 mln zł	1,2%
B98	Leczenie zachowawcze okulistyczne	41 843	1 683 zł	70,4 mln zł	8,8%
<b>Razem</b>		<b>292 380</b>	<b>2 729 zł</b>	<b>798,0 mln zł</b>	<b>100,0%</b>

Średnie koszty hospitalizacji w ramach grup B12 i B13 w 2012 roku wyniosły odpowiednio 3 544 zł (3 527 zł w 2010 roku) oraz 3 031 zł (3 006 zł w 2010 roku).

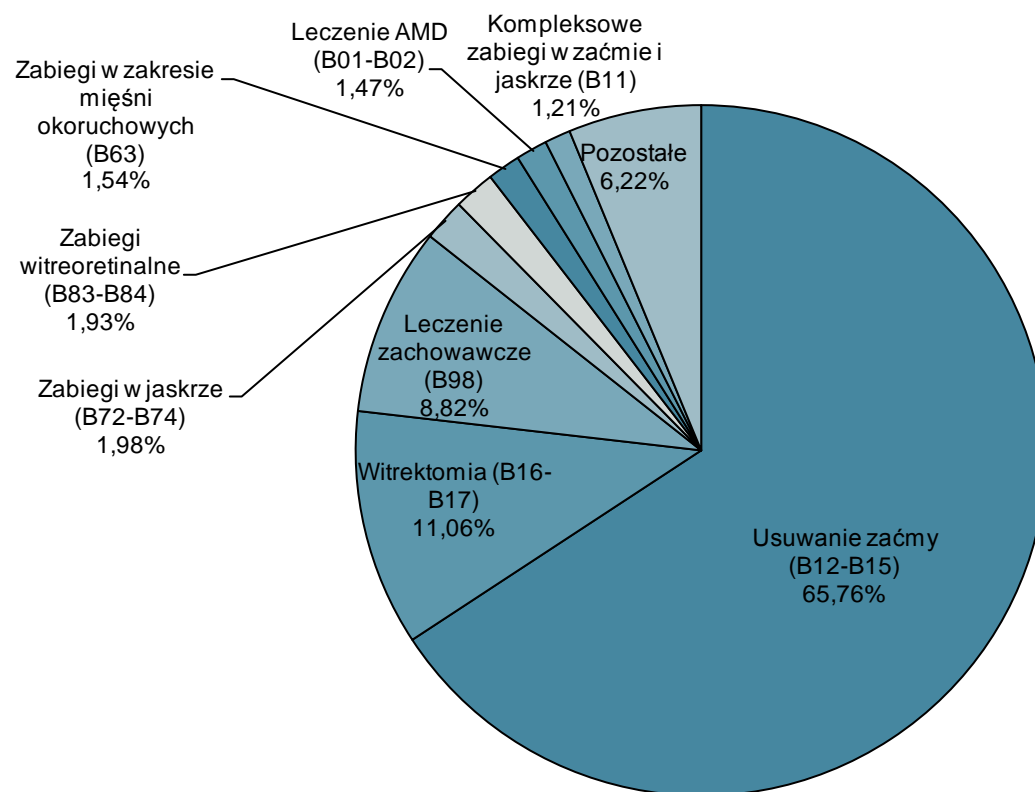
Finansowanie zabiegów usunięcia zaćmy w 2013 roku (sierpień 2013) przedstawia się następująco:

- grupa B12
  - wartość maksymalna 3 692 zł (dla hospitalizacji przy pobycie pacjenta powyżej dnia - 71 pkt x 52 zł)
  - wartość minimalna 2 902 zł (dla hospitalizacji, hospitalizacji planowej przy pobycie pacjenta w szpitalu poniżej 2 dni oraz obligatoryjnie dla hospitalizacji jednodniowej - 62 pkt x 46,80 zł)

- grupa B13
  - wartość maksymalna 2 860 zł (dla hospitalizacji, hospitalizacji planowej, hospitalizacji jednodniowej - 55 pkt x 52zł)
  - wartość minimalna 2 574 zł (dla hospitalizacji, hospitalizacji planowej, hosp. Jednodniowej - 55 pkt x 46,80 zł)



**Wykres 19.**  
**Udziały poszczególnych grup w łącznych wydatkach na JGP**



## 5. OCENA SYSTEMU I PROPONOWANE ZMIANY

Organizacja świadczeń z zakresu okulistyki w Polsce (opisana w rozdziale 3) oraz sposób wydatkowania środków publicznych przeznaczonych na leczenie okulistyczne (przedstawiony w rozdziale 4) pozostawiają wiele do życzenia względem konstytucyjnych wymagań zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. W niniejszym rozdziale przedstawiono ocenę obowiązującego systemu opartą na wiedzy i doświadczeniu praktykujących lekarzy oraz wynikającą z obserwacji systemów opieki okulistycznej w innych państwach. Wskazano także kierunki zmian w jakich powinien podążać polski system aby zapewnić ubezpieczonym wyrównany i dobry dostęp do opieki okulistycznej na wysokim poziomie jakościowym.

### 5.1. Kolejki pacjentów oczekujących na świadczenia okulistyczne

Dysproporcja między środkami publicznymi a zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne powoduje powstawanie kolejek do świadczeń medycznych. Sytuacja, w której popyt jest większy od podaży sprzyja ponadto korupcji, a także wykorzystywaniu znajomości (przywileju) w celu uzyskania reglamentowanych dóbr czy usług. [40, 41]

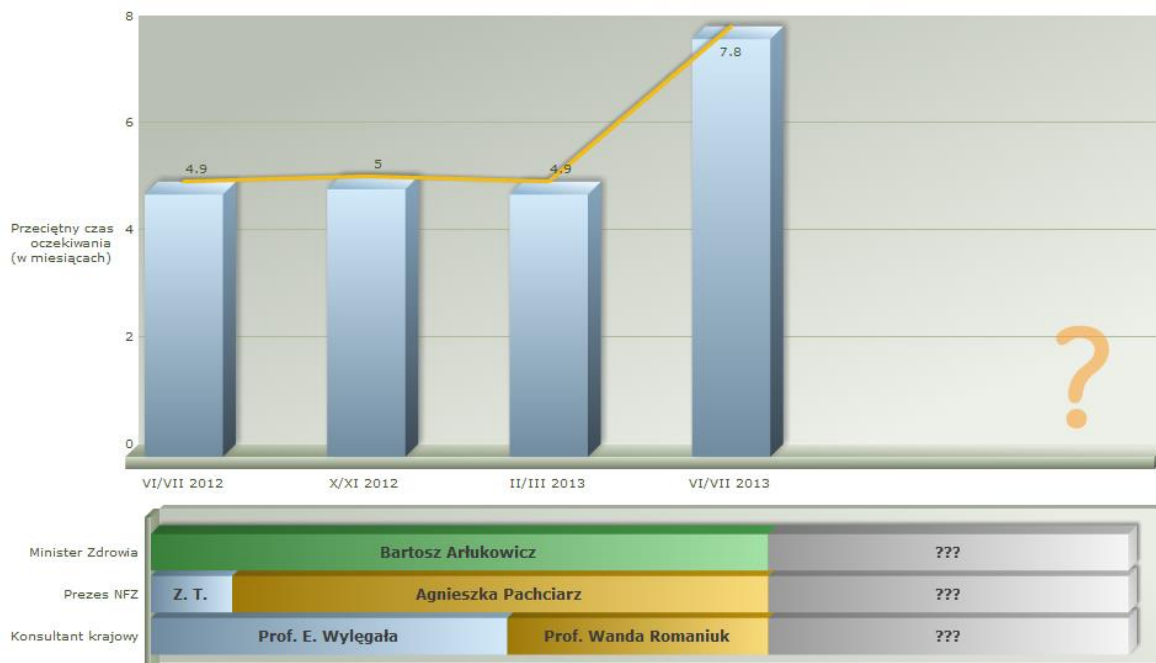
Konstrukcja i sposób finansowania polskiego systemu opieki zdrowotnej są powodem powstawania kolejek. Sytuacja ta jest szczególnie widoczna w okulistyce. Długość kolejek pacjentów oczekujących na świadczenia w poszczególnych placówkach nie jest uwzględniana przez NFZ przy przyznawaniu kontraktów na realizację świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (rozdział 3.2).

W konsekwencji środki publiczne przydzielane są bez uwzględniania zapotrzebowania na świadczenia w poszczególnych placówkach, co prowadzi do niekonstytucyjnych nierówności w dostępie oraz narzucania pacjentom miejsca leczenia.

Przedstawienie skali problemu ograniczeń dostępu do „gwarantowanych” świadczeń zdrowotnych w Polsce, w tym do świadczeń okulistycznych, jest jednym z celów Fundacji Watch Health Care. W ramach swojej działalności Fundacja WHC prowadzi ranking świadczeń zdrowotnych pod względem uciążliwości ograniczonego dostępu [42]. Jak pokazują dane Fundacji WHC, średni czas oczekiwania w okulistyce na przełomie czerwca i lipca 2013 r. wynosi niemal 8 miesięcy. W stosunku do poprzedniej weryfikacji kolejki do świadczeń w zakresie okulistyki wydłużyły się o niemal 3 miesiące (Wykres 20).

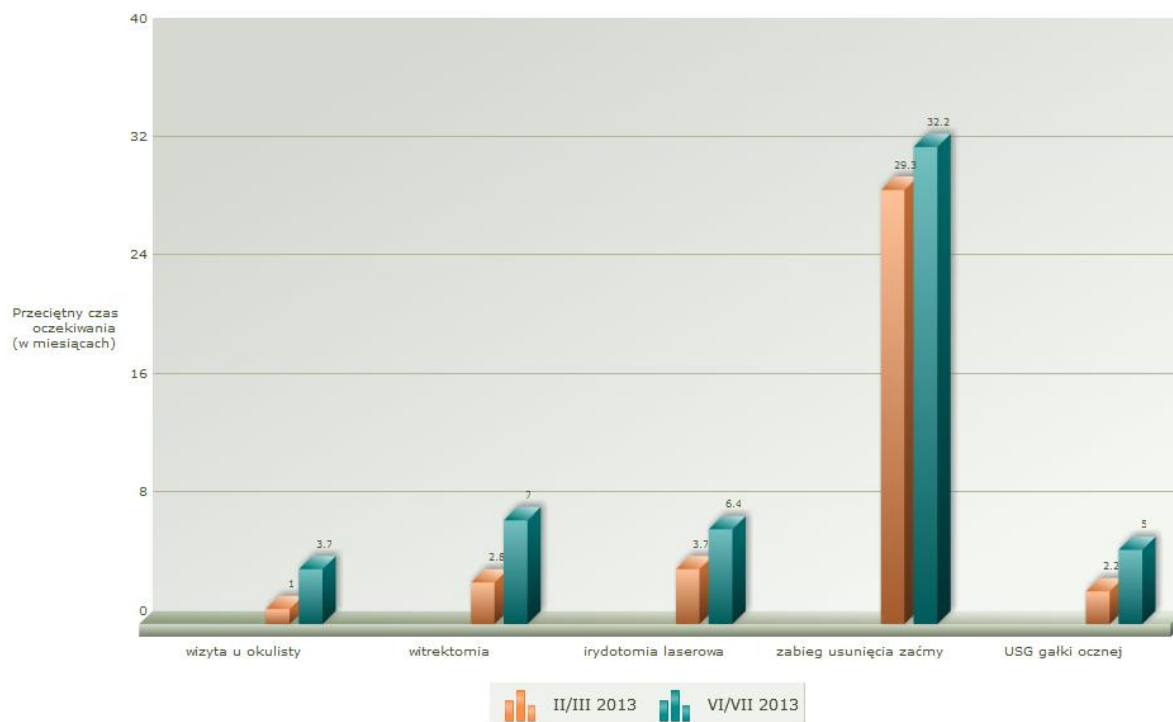


**Wykres 20.**  
 Ogólne zestawienie zmian w czasie oczekiwania (w mies.) w dziedzinie okulistyki oraz podmioty odpowiedzialne za zarządzanie koszykiem świadczeń gwarantowanych



W **okulistyce**, szczególnie widocznym ograniczeniem pozostaje nadal długi czas oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy (Wykres 21). Obecnie na wykonanie tego zabiegu pacjenci czekają przeciętnie 32,2 mies., czyli ponad 2,5 roku (ostatnio doszło do wydłużenia kolejek o niemal 3 mies.).

**Wykres 21.**  
**Zmiany w czasie oczekiwania (w mies.) na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie okulistyki**



Jak pokazuje Wykres 21 średni czas oczekiwania na wybrane świadczenia z zakresu okulistyki na przełomie czerwca i lipca 2013 r. wynosił:

- wizyta u okulisty: 3,7 miesięcy;
- witrektomia: 7 miesięcy;
- irydotomia laserowa: 6,4 miesięcy;
- zabieg usunięcia zaćmy: 32,2 miesięcy;
- USG gałki ocznej: 5 miesięcy.

Poniżej przedstawiono zestawienie czasu oczekiwania na świadczenia okulistyczne w losowo wybranych placówkach na terenie Polski.

**Tabela 23.**  
**Przeciętny czas oczekiwania na świadczenia okulistyczne w wybranych placówkach na obszarze Polski – czerwiec/lipiec 2013**

Świadczenie	Miejscowość	Czas oczekiwania [miesiące]
Wizyta u okulisty	Kraków	6
	Nowy Sącz	6
	Mielec	5
	Tłuszcz	2
	Krasnystaw	2
	Ozarów	0
Witrektomia	Kraków	12
	Szczecinek	12
	Łódź	12
	Olsztyn	6
	Słupsk	6
	Katowice	6
	Białystok	5
	Chorzów	3
	Łomża	0,75
Irydotomia laserowa	Wrocławek	12
	Głogów	12
	Bielsko- Biała	6,5
	Białystok	3,5
	Koszalin	4
	Żary	0,25

Świadczenie	Miejscowość	Czas oczekiwania [miesiące]
<b>Zabieg usunięcia zaćmy</b>	Kraków	72
	Radom	36
	Chorzów	36
	Opole	36
	Łódź-Bałuty	24
	Łódź	24
	Katowice	24
	Szczecinek	24
	Starachowice	24
	Białystok	18
	<b>USG gałki ocznej</b>	Łódź
Ostrołęka		6,5
Poznań		6
Bielsko-Biała		3,5
Białystok		3,5
Gdynia		3
Nysa		0,25

Źródło: Watch Health Care [42]

Spośród świadczeń okulistycznych Narodowy Fundusz Zdrowia zbiera informacje o liczbie osób oczekujących oraz o przeciętnym czasie oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy, do poradni leczenia jaskry, do poradni okulistycznej i na oddział okulistyczny. Szczegółowe dane prezentowane są na stronie internetowej NFZ [43]. Średni czas oczekiwania oznacza średnią liczbę dni, jaką oczekiwały na udzielenie świadczenia osoby skreślone z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia u danego świadczeniodawcy. Do wyliczenia średniego czasu oczekiwania brane są wyłącznie informacje o osobach znajdujących się na liście oczekujących, którym w okresie ostatnich 6 miesięcy udzielono świadczenia i z tego powodu zostały z listy skreślone. Należy dodać, że średni czas oczekiwania wynoszący 0 dni przy jednocześnie większej od 0 liczbie osób oczekujących będzie najczęściej oznaczać, że w okresie ostatnich 6 miesięcy, nikt nie został skreślony z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia, a nie że świadczenia były udzielane na bieżąco [44].

Pomimo, że procedura raportowania do NFZ jest standaryzowana i odbywa się za pomocą komunikatów sprawozdawczych, podnoszone są liczne głosy dotyczące niskiej wiarygodności

przesyłanych przez świadczeniodawców informacji. Wśród najczęściej spotykanych nieprawidłowości w raportowaniu pracownicy łódzkiego OW NFZ zwracają szczególną uwagę na:

- wykazywanie długich kolejek oczekujących i czasu oczekiwania w przypadku niewykonania kontraktu,
- większą liczbę przypadków pilnych od stabilnych,
- nagłe wzrosty liczby osób oczekujących w sprawozdaniu za następny miesiąc sprawozdawczy,
- kilkuletnie czasy oczekiwania,
- czas oczekiwania przypadków pilnych dłuższy, od przypadków stabilnych,
- zerowe czasy oczekiwania przy podanej liczbie oczekujących i odwrotnie,
- mała liczba osób oczekujących z bardzo długim czasem oczekiwania. [45]

Była rzeczniczka prasowa NFZ, Edyta Grabowska-Woźniak, w 2009 roku przytoczyła przykłady innych zaniedbań zidentyfikowanych w ramach kontroli list oczekujących na zabiegu usunięcia zaćmy w IV kwartale 2007 roku. Z analiz przeprowadzonych przez NFZ wynika, że 25% świadczeniodawców nie przekazywało informacji na temat list, a część w ogóle ich nie prowadziła. Blisko 30% raportów było niekompletnych, nierzadko list nie poddawano aktualizacjom. Zdarzały się także przypadki wykonywania świadczeń u pacjentów, których nigdy nie było na żadnej liście [46]. O ile przytoczone przykłady dotyczą sytuacji sprzed nowelizacji rozporządzenia z dnia 20 czerwca 2008 roku w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, o tyle trudno spodziewać się, że omówione przypadki zaniedbań zostały całkowicie wyeliminowane. Innymi czynnikami ograniczającymi wiarygodność danych przesyłanych do NFZ jest brak weryfikacji pozyskiwanych danych, brak prostego wsparcia informatycznego do zbierania danych, niejednolity system rejestracji chorych czy też brak weryfikacji wskazań oraz stopnia pilności wykonania procedur. Poniekąd niską jakość danych potwierdził sam Prezes NFZ Jacek Paszkiewicz na posiedzeniu sejmowej komisji zdrowia w dniu 27 lipca 2011 roku, który podczas omawiania sprawozdania finansowego NFZ za 2010 rok stwierdził, że „kolejki zgłaszane do NFZ są mocno niewiarygodne” [47].

W dalszej części rozdziału przeanalizowano dane NFZ dotyczące pacjentów oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy: długość kolejek z września 2011 roku zestawiono z kwotami kontraktów przyznanych na realizację zabiegów usunięcia zaćmy w 2012 roku.

We wrześniu 2011 roku na zabieg usunięcia zaćmy oczekiwało ponad 300 tys. pacjentów – dla porównania w 2011 roku zabieg usunięcia zaćmy sfinansowano ze środków publicznych u 160 tys. chorych. Najwięcej pacjentów (względem liczby mieszkańców województwa) oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy znajduje się w województwie dolnośląskim – 1,5% mieszkańców. Najmniejsze kolejki obserwuje się w województwie wielkopolskim – 0,4% mieszkańców. Dane te kontrastują z wielkością środków finansowych na jednego mieszkańca (Tabela 24).

Całkowite środki przyznane świadczeniodawcom z poszczególnych województw w przeliczeniu na mieszkańca mieszczą się w zakresie 8,17–16,63 zł, natomiast w przeliczeniu na pacjenta oczekującego na zabieg usunięcia zaćmy w zakresie 918–3551 zł, co świadczy o bardzo dużych nierównościach w podziale środków finansowych oraz niejasnych dysproporcjach w regulacji podaży. Zarówno rozbieżności w przypadku środków przyznanych ośrodkom z poszczególnych województw w przeliczeniu na mieszkańca, jak i w przeliczeniu na oczekującego na zabieg, są znaczne. Wielkość przyznanych środków w najlepiej finansowanych województwach, tj. zachodniopomorskim (w przeliczeniu na mieszkańca) oraz mazowieckim (w przeliczeniu na pacjenta oczekującego na zabieg), jest odpowiednio 2- oraz 4-krotnie wyższa niż wielkość środków przeznaczonych dla województw najgorzej finansowanych – odpowiednio podlaskiego oraz warmińsko-mazurskiego.

W kolejnej tabeli (Tabela 24) zestawiono liczbę pacjentów oczekujących na wykonanie zabiegu usunięcia zaćmy w poszczególnych województwach, liczbę mieszkańców w tych województwach, wartość kontraktów na zabiegi usunięcia zaćmy, a także finansowanie w przeliczeniu na mieszkańca i na pacjenta oczekującego na zabieg.

**Tabela 24.**  
**Liczba pacjentów oczekujących oraz środki przeznaczone na zabiegi usunięcia zaćmy**

Oddział NFZ	Liczba pacjentów oczekujących na zabieg <sup>a</sup>	Liczba mieszkańców	Odsetek oczekujących wśród mieszkańców	Łączna wartość kontraktów 2012 <sup>b</sup>	Środki na mieszkańca	Środki na oczekującego na zabieg
Dolnośląski	43,4 tys.	2,9 mln	1,51%	47,2 mln zł	16,39 zł	1 088 zł
Kujawsko-Pomorski	16,0 tys.	2,1 mln	0,77%	33,6 mln zł	16,25 zł	2 107 zł
Lubelski	12,1 tys.	2,2 mln	0,56%	33,1 mln zł	15,37 zł	2 735 zł
Lubuski	5,1 tys.	1,0 mln	0,50%	13,7 mln zł	13,56 zł	2 694 zł
Łódzki	25,5 tys.	2,5 mln	1,00%	38,8 mln zł	15,27 zł	1 521 zł
Małopolski	20,8 tys.	3,3 mln	0,63%	34,0 mln zł	10,28 zł	1 631 zł
Mazowiecki	23,2 tys.	5,2 mln	0,44%	82,5 mln zł	15,76 zł	3 551 zł
Opolski	9,1 tys.	1,0 mln	0,88%	13,0 mln zł	12,67 zł	1 442 zł
Podkarpacki	16,7 tys.	2,1 mln	0,79%	25,2 mln zł	11,97 zł	1 508 zł
Podlaski	7,8 tys.	1,2 mln	0,66%	9,7 mln zł	8,17 zł	1 242 zł
Pomorski	24,3 tys.	2,2 mln	1,09%	31,1 mln zł	13,90 zł	1 278 zł
Śląski	47,5 tys.	4,6 mln	1,02%	72,4 mln zł	15,62 zł	1 525 zł
Świętokrzyski	7,4 tys.	1,3 mln	0,58%	13,0 mln zł	10,22 zł	1 763 zł
Warmińsko-Mazurski	13,9 tys.	1,4 mln	0,97%	12,8 mln zł	8,94 zł	918 zł

Oddział NFZ	Liczba pacjentów oczekujących na zabieg <sup>a</sup>	Liczba mieszkańców	Odsetek oczekujących wśród mieszkańców	Łączna wartość kontraktów 2012 <sup>b</sup>	Środki na mieszkańca	Środki na oczekującego na zabieg
Wielkopolski	12,9 tys.	3,4 mln	0,38%	39,0 mln zł	11,43 zł	3 029 zł
Zachodniopomorski	15,0 tys.	1,7 mln	0,89%	28,2 mln zł	16,63 zł	1 877 zł
<b>Razem</b>	<b>300,6 tys.</b>	<b>38,2 mln</b>	<b>0,79%</b>	<b>527,2 mln zł</b>	<b>13,81 zł</b>	<b>1 754 zł</b>

a) dane z września 2011 roku; b) niekompletne dane (istnieje możliwość zawarcia dodatkowych kontraktów przez poszczególne OW NFZ)

Według danych raportowanych do NFZ, w skali państwa średni czas oczekiwania na zabieg usunięcia żączy wynosił 14 miesięcy w przypadkach stabilnych oraz 4 miesiące w przypadkach pilnych (2011 rok). Przeciętnie w **przypadkach stabilnych** najdłużej oczekuje się na zabieg w województwach warmińsko-mazurskim i dolnośląskim – ok. 22 miesiące, a najkrócej w województwach mazowieckim i lubuskim – ok. 8 miesięcy. Średni czas oczekiwania na zabieg w **trybie pilnym** wynosi od 2 miesięcy (województwo warmińsko-mazurskie) do 6 miesięcy (województwo dolnośląskie).

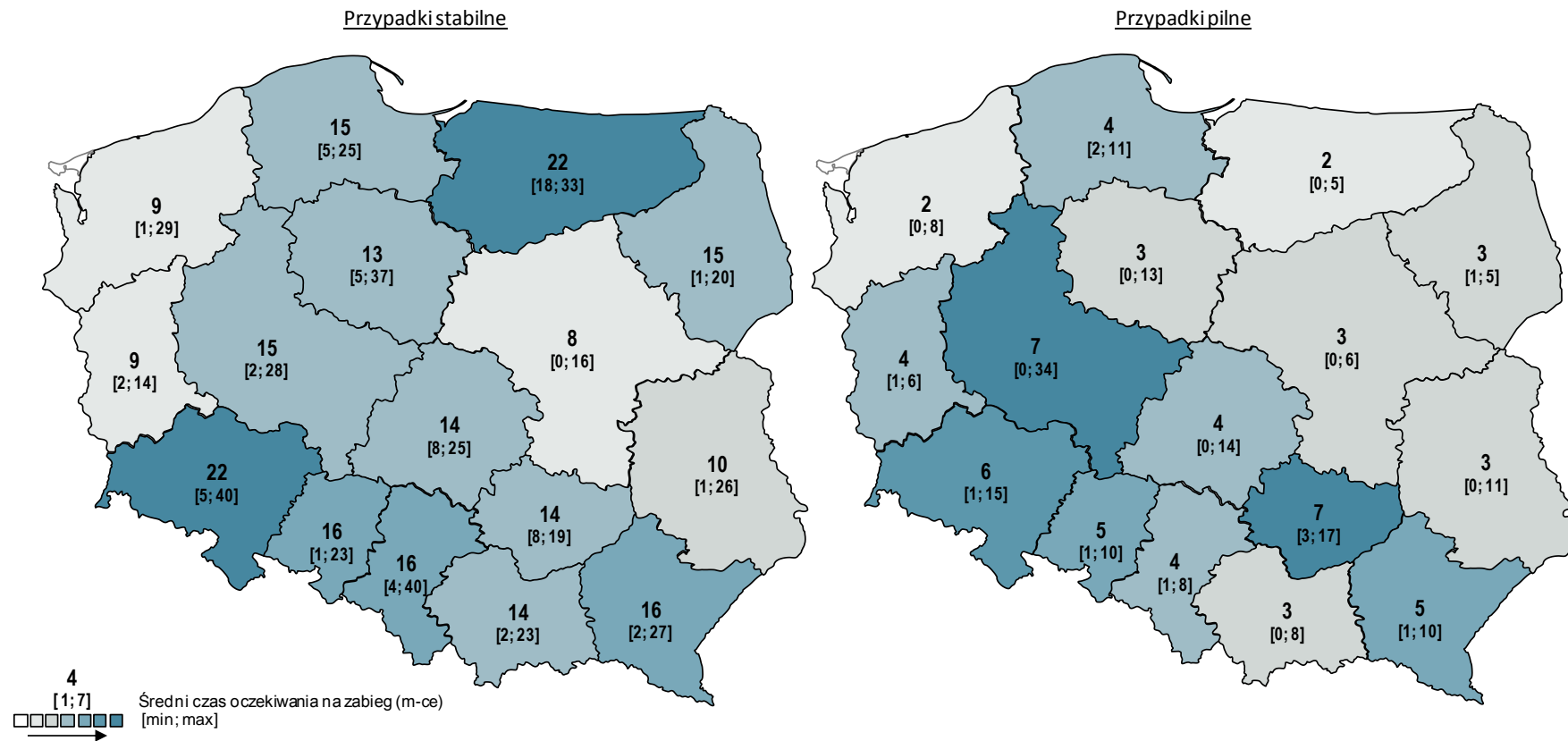
Minimalny czas oczekiwania na zabieg w przypadku stabilnym wynosi od 2 tygodni (mazowieckie) do 1,5 roku (warmińsko-mazurskie). Maksymalny czas oczekiwania jest najmniejszy w województwach lubuskim i mazowieckim, gdzie wynosi odpowiednio 14 i 16 tygodni, a największy w województwach śląskim i dolnośląskim – w niektórych ośrodkach na operację trzeba czekać blisko 3,5 roku.

Kontrakty na 2012 rok na zabiegi usunięcia żączy pozwalają na przeprowadzenie w tym roku operacji u zaledwie co trzeciego pacjenta oczekującego w kolejce w roku 2011 w województwach dolnośląskim i warmińsko-mazurskim – nie wspominając o pacjentach, którzy zostaną skierowani na zabieg w 2012 roku. W województwie mazowieckim środki finansowe są wystarczające, aby przeprowadzić zabieg u wszystkich oczekujących i u części nowokierowanych pacjentów. Całkowite środki przeznaczone na hospitalizacje związane z usunięciem żączy w 2012 roku są wystarczające na zoperowanie połowy oczekujących chorych. Dane dotyczące porównania liczby pacjentów oczekujących na zabieg oraz możliwości zabiegowych (na podstawie kontraktów) przedstawiono na Wykres 23.

Dokładne dane dotyczące średniego czasu oczekiwania na zabieg usunięcia żączy i liczby pacjentów oczekujących w podziale na przypadki pilne i stabilne dla poszczególnych województw oraz możliwości zabiegowe wynikające z wielkości kontraktów przedstawiono w kolejnej tabeli (Tabela 25).

W aneksie zaprezentowano szczegółowe dane dla poszczególnych świadczeniodawców realizujących zabiegi usunięcia żączy w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia (rozdział 10.5).

**Wykres 22.**  
**Czas oczekiwania na zabieg usunięcia zącmy według danych NFZ– wrzesień 2011 roku**



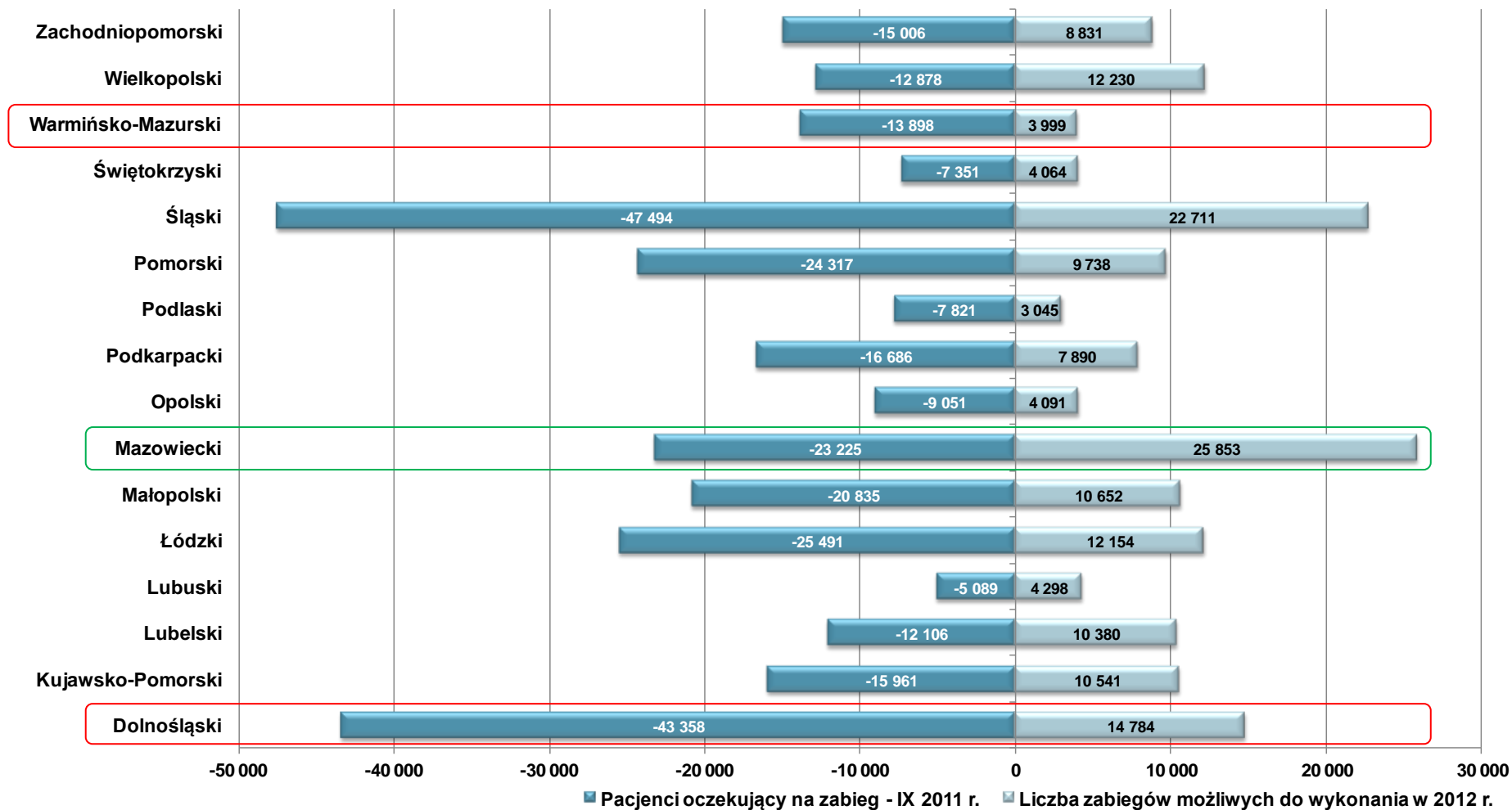


**Tabela 25.**  
Pacjenci oczekujący na zabieg usunięcia zaćmy (dane NFZ z 08/09 2011 roku) vs możliwe do zrealizowania zabiegi (na podstawie kontraktów NFZ na 2012 roku)

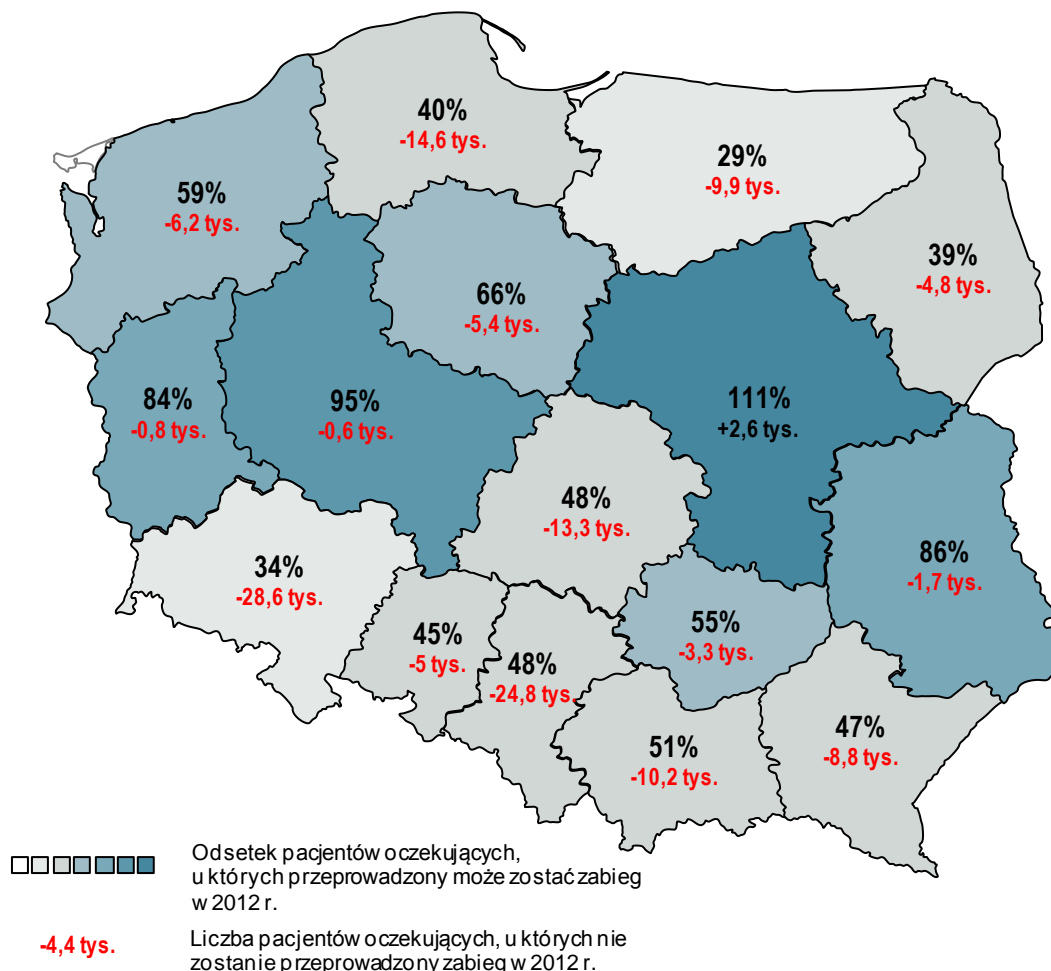
Oddział NFZ	Czas oczekiwania na zabieg [m-ce] <sup>a</sup>		Liczba pacjentów oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy			Liczba zabiegów możliwych do wykonania	Odsetek pacjentów z kolejki, u których można wykonać zabieg w ramach środków na rok 2012
	Przypadek pilny	Przypadek stabilny	Przypadek pilny	Przypadek stabilny	Razem		
Dolnośląski	6,1 (1,4–15,4)	21,8 (4,7–40,4)	2 945	40 413	43 358	14,8 tys.	34,10%
Kujawsko-Pomorski	3,3 (0,2–12,9)	12,9 (4,9–37,1)	794	15 551	15 961	10,5 tys.	66,04%
Lubelski	3,1 (0,4–11,4)	9,8 (0,7–25,8)	688	11 418	12 106	10,4 tys.	85,74%
Lubuski	3,7 (1,4–6,3)	8,6 (2,2–14,1)	618	4 471	5 089	4,3 tys.	84,45%
Łódzki	3,6 (0,4–13,8)	14,1 (8,0–24,7)	1 366	24 125	25 491	12,2 tys.	47,68%
Małopolski	3,4 (0,3–7,6)	13,9 (2,4–23,3)	738	20 097	20 835	10,7 tys.	51,12%
Mazowiecki	2,6 (0–6,2)	8,4 (0,4–16,1)	1 121	22 105	23 225	25,9 tys.	111,31%
Opolski	5 (1,3–9,8)	15,9 (1,0–22,9)	1 166	7 885	9 051	4,1 tys.	45,19%
Podkarpacki	5,1 (1,1–9,5)	15,9 (2,0–27,4)	2 226	14 460	16 686	7,9 tys.	47,28%
Podlaski	3,5 (1,3–4,8)	14,6 (1,4–19,9)	305	7 516	7 821	3,0 tys.	38,94%
Pomorski	3,7 (1,8–10,8)	14,6 (5,2–25,2)	584	23 733	24 317	9,7 tys.	40,05%
Śląski	4,2 (1,2–8,4)	15,6 (3,9–40,1)	1 424	46 070	47 494	22,7 tys.	47,82%
Świętokrzyski	6,8 (3,2–16,7)	14,3 (7,9–19,2)	635	6 716	7 351	4,1 tys.	55,28%
Warmińsko-Mazurski	2,1 (0,1–5,0)	22,4 (18,4–33,4)	35	13 863	13 898	4,0 tys.	28,77%
Wielkopolski	6,9 (0,4–33,6)	14,9 (2,2–28,0)	1 228	11 650	12 878	12,2 tys.	94,96%
Zachodniopomorski	2,4 (0,1–7,9)	9,1 (0,6–29,1)	259	14 747	15 006	8,8 tys.	58,85%
<b>Razem</b>	<b>4,1 (0–33,6)</b>	<b>14,3 (0,4–40,4)</b>	<b>16 132</b>	<b>284 820</b>	<b>300 567</b>	<b>165,3 tys.</b>	<b>54,98%</b>

a) Przy wyznaczaniu przeciętnego, minimalnego i maksymalnego czasu oczekiwania nie wzięto pod uwagę świadczeniodawców, u których czas ten wynosił 0 dni. Zgodnie z informacjami ze strony NFZ informacja taka będzie najczęściej oznaczać, że w okresie ostatnich 6 miesięcy nikt nie został skreślony z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia, a nie że świadczenia były udzielane na bieżąco

Wykres 23.  
Pacjenci oczekujący na wykonanie zabiegu usunięcia zączy vs możliwości zabiegowe w 2012 roku



**Wykres 24.**  
**Porównanie potrzeb i możliwości zabiegowych w zakresie usunięcia zaćmy na szczeblu wojewódzkim (dane NFZ)**



Przedstawione dane zwracają uwagę na problemy jakie wynikają ze sposobu podziału środków przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych: podział między województwa proporcjonalnie do liczby ubezpieczonych, a następnie podział na poszczególne specjalizacje leżący w gestii OW NFZ. Zapotrzebowanie na świadczenia w skali województw, wyrażone poprzez liczbę pacjentów oczekujących na ich wykonanie (w tym przypadku: zabiegu usunięcia zaćmy), nie jest uwzględniane w stosowanych obecnie algorytmach podziału środków na szczeblu centralnym i wojewódzkim. Problem ten teoretycznie mógłby zostać rozwiązany poprzez kierowanie pacjentów do placówek z mniejszymi kolejkami. Rozwiązanie takie nie jest jednak optymalne ze społecznego punktu widzenia, gdyż pacjenci kierowani na zabieg często są osobami starszymi, które nie mają możliwości

zorganizowania sobie transportu do odległej placówki, bądź też tacy, dla których taka podróż byłaby wyjątkowo uciążliwa. Ponownie powraca tutaj kwestia, że to nie pacjent powinien podążać za pieniędzmi publicznymi, ale pieniądze powinny podążać za pacjentem.

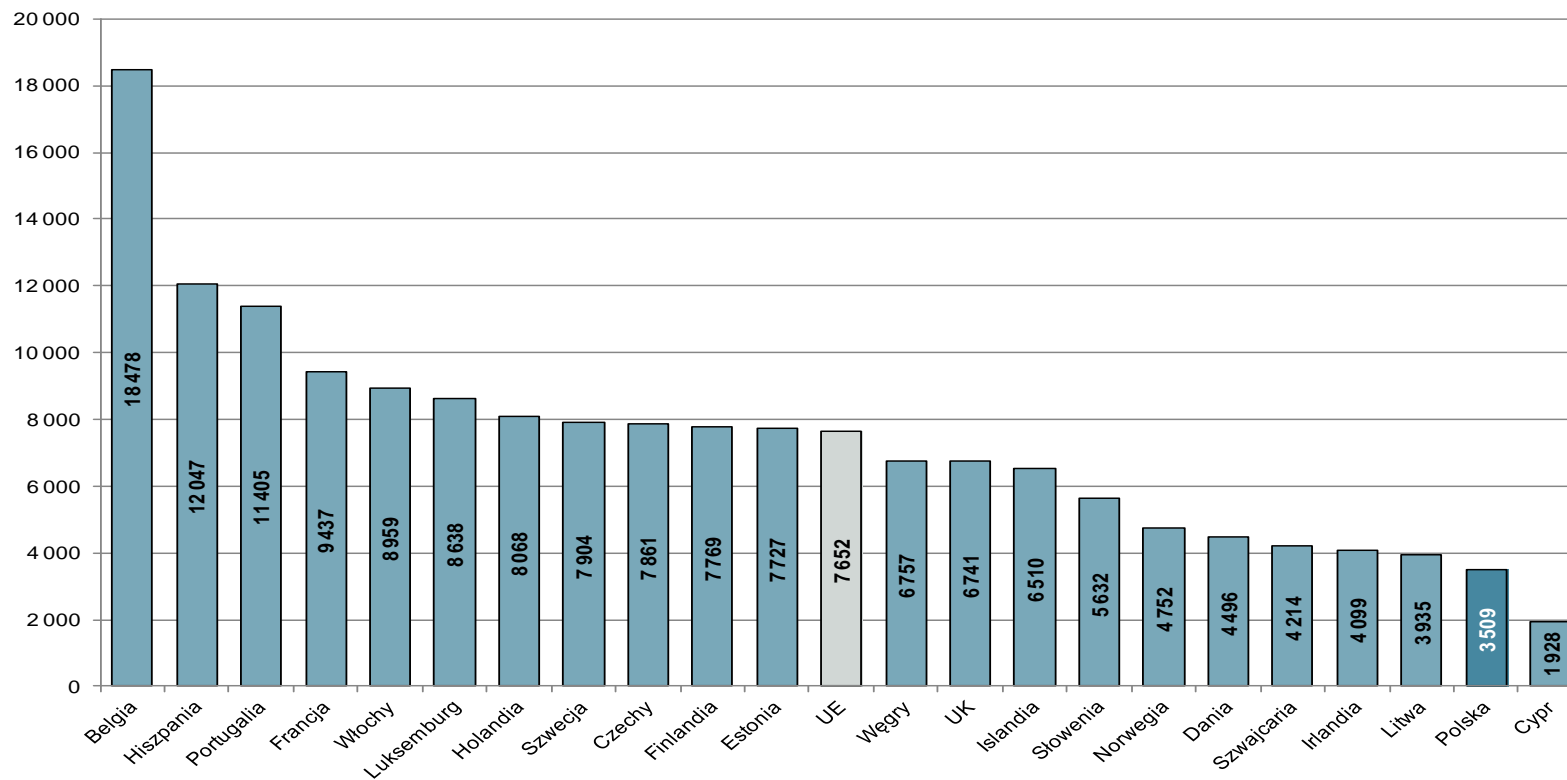
Opisane powyżej rozbieżności w stopniu finansowania zabiegów usunięcia zaćmy w różnych województwach, skutkujące nierównym dostępem do świadczeń okulistycznych dla pacjentów, mogą zostać wyeliminowane poprzez usprawnienie algorytmu podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ i poszczególne specjalizacje w obrębie województw oraz udoskonalenie metod rankingowania świadczeniodawców. Nie doprowadzi to jednak do wystarczającego zmniejszenia liczby pacjentów oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy w skali całego państwa. W tym celu niezbędne jest zwiększenie liczby wykonywanych w Polsce zabiegów, co wiąże się z koniecznością wygospodarowania dodatkowych środków finansowych na ten cel lub racjonalną wyceną świadczeń najbardziej potrzebnych w celu zwiększenia podaży. Problem niskiej liczby zabiegów usunięcia zaćmy przeprowadzanych w Polsce na tle innych państw przedstawiono w następnym rozdziale.

## 5.2. Liczba przeprowadzanych zabiegów usunięcia zaćmy

Poziom dostępności do zabiegów usunięcia zaćmy mierzony jest liczbą zabiegów przeprowadzonych w ciągu roku w przeliczeniu na milion mieszkańców (CSR, *cataract surgical rate*). Współczynnik ten umożliwia śledzenie trendów zmian na przestrzeni czasu, a także porównań między państwami. W Polsce CSR w 1997 roku wynosił 1,8 tys., a w roku 2004 wyniósł 2,5 tys. W 2009 roku przeprowadzono w Polsce 167 835 zabiegów usunięcia zaćmy sfinansowanych ze środków publicznych (CSR = 4405), a w 2010 roku liczba ta była o 1,3% niższa i wyniosła 165 636 zabiegów (CSR = 4348).

Sytuacja Polski na tle państw członkowskich Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) wygląda niepokojąco. Dane zaprezentowane na stronie internetowej OCED [48] wskazują, że w 2008 roku Polska pod względem CSR zajmowała jedno z ostatnich miejsc wśród państw uwzględnionych w zestawieniu (Wykres 25). W tym roku wykonano w Polsce 3509 zabiegów na 1 mln mieszkańców. Jedynie na Cyprze liczba zabiegów usunięcia zaćmy była w tym okresie niższa. W krajach takich jak Węgry, Estonia czy Czechy CSR był ponad dwukrotnie wyższy niż w Polsce, natomiast w najwyższej sklasyfikowanej w rankingu Belgii – aż pięciokrotnie wyższy. Średni CSR w państwach Unii Europejskiej wynosił wówczas 7652 zabiegów. Niepokojące jest także zestawienie zmian współczynnika CSR w Polsce, w Indiach oraz w Czechach (Tabela 26). Dane te wskazują na konieczność podjęcia zdecydowanych kroków w celu zwiększenia liczby zabiegów usunięcia zaćmy wykonywanych w Polsce.

**Wykres 25.**  
**Liczba przeprowadzanych zabiegów usunięcia żączy na 1 mln mieszkańców w 2008 roku**



**Tabela 26.**  
**Zmiany współczynnika CSR w Polsce, Indiach i Czechach na przestrzeni lat 1997–2010 [4, 21]**

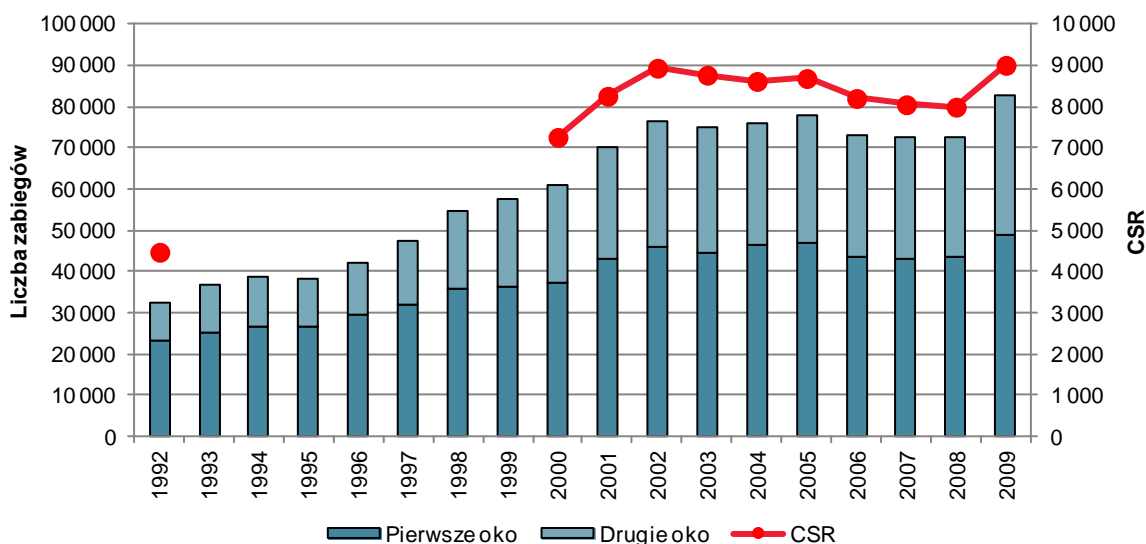
Państwo	Liczba okulistów <sup>a</sup>	CSR 1997	CSR 2004	CSR 2010
Polska	110	1 800	2 500	4 348
Indie	10	1 700	3 500	5 500
Czechy	100	4 500	6 500	7 800

a) na 1 mln mieszkańców

Skutkiem tak niskich współczynników CSR są znaczne kolejki i bardzo długi czas oczekiwania na zabieg. Zgodnie z przedstawionymi wcześniej danymi średni czas oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy jest wysoki i wynosi według danych Fundacji Watch Health Care ok. 2,5 roku. [42]. Środki finansowe przeznaczone na operacje zaćmy wystarczają w chwili obecnej na pokrycie zapotrzebowania połowy oczekujących chorych. Znaczne ograniczenia w dostępie do tego świadczenia sprawiają, że pewna część chorych decyduje się na przeprowadzenie zabiegu prywatnie, jednak brak jest danych pozwalających oszacować skalę tego zjawiska w Polsce.

W 1992 roku Szwecja posiadała współczynnik CSR na poziomie zbliżonym do tego jaki w obecnej chwili posiada Polska. Wtedy też stworzono rejestr zabiegów usunięcia zaćmy, na podstawie którego można obecnie prześledzić 18-letnią historię zmian w szwedzkim systemie opieki okulistycznej w zakresie chirurgii zaćmy. W ciągu 10 lat szwedzki CSR uległ podwojeniu, utrzymując się w chwili obecnej na poziomie 8–9 tys. zabiegów na 1 mln mieszkańców (Wykres 26). Osiągnięcie tego celu wymagało średniorocznego wzrostu liczby wykonywanych zabiegów o 9%. CSR na poziomie 8–9 tys. umożliwia przeprowadzenie zabiegów w czasie nie dłuższym niż 3 miesiące od decyzji o skierowaniu na operację. [49]

**Wykres 26.**  
**Liczba zabiegów usunięcia zaćmy i współczynnik CSR w Szwecji**



Zwiększenie liczby przeprowadzanych zabiegów usunięcia zaćmy możliwe jest do osiągnięcia poprzez zwiększenie nakładów na te świadczenia i/lub racjonalizację wyceny oraz zasad kontraktowania. Wygospodarowanie dodatkowych środków przy ograniczonych zasobach nie jest jednak sprawą łatwą. Według profesora Zbigniewa Zagórskiego [3], powołującego się na sugestie wysuwane na szczeblu międzynarodowym, należałoby zwiększyć udział środków przeznaczanych na leczenie zaćmy w łącznych środkach przeznaczanych na okulistykę do przynajmniej 70% (obecnie udział ten wynosi ok. 63%). Zdania na ten temat są jednak podzielone, zwiększenie nakładów na usunięcie zaćmy skutkowałoby bowiem obniżeniem nakładów na inne świadczenia okulistyczne, które także w chwili obecnej można w wielu przypadkach uznać za niedofinansowane.

Ponieważ jednak system finansowania i organizacji świadczeń okulistycznych w Polsce jest daleki od optymalnego, istnieją inne sposoby poprawy sytuacji dostępu do leczenia zaćmy – tj. na zwiększenie liczby wykonywanych zabiegów usunięcia zaćmy – niewymagające pozyskiwania dodatkowych środków finansowych. Do sposobów tych należą:

- obniżenie wyceny zabiegu usunięcia zaćmy w katalogu JGP – szczegóły w rozdziale 5.5,
- zwiększenie odsetka zabiegów usunięcia zaćmy przeprowadzanych w trybie jednodniowym – szczegóły w rozdziale 5.3,
- zmiana konstrukcji grup JGP – szczegóły w rozdziale 5.4,
- usprawnienie sposobu rankingowania świadczeniodawców – szczegóły w rozdziale 5.6,

- poprawa algorytmu podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ oraz poszczególne specjalizacje w obrębie województw – szczegóły w rozdziale 5.6, 5.7.

### 5.3. Tryb przeprowadzania zabiegu usunięcia zaćmy

Obowiązujące rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczące świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego nie dopuszczają możliwości przeprowadzania zabiegów usunięcia zaćmy w trybie ambulatoryjnym (rozdział 10.1).

Z takim stanem rzeczy nie zgadza się senator Stanisław Gogacz, który w oświadczeniu z dnia 28 maja 2009 roku skierowanym do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dr Jacka Paszkiewicza postuluje:

*„W związku z wieloma sygnałami, jakie otrzymałem, informuję, że niepokoi mnie mająca obecnie miejsce bardzo niska dostępność operacji zaćmy w Polsce. Jest ona na poziomie niższym od międzynarodowych standardów, a bliższa jest poziomom państw rozwijających się. (...) Usuwanie zaćmy oceniane jest wskaźnikiem CSR, (...) przedstawiającym liczbę zabiegów na milion mieszkańców.(...) Operacje usunięcia zaćmy w świecie rozwiniętym przeprowadza się rutynowo jako zabieg ambulatoryjny. Jeżeli usunie się te przeszkody, to jest więcej niż prawdopodobne, że w ciągu trzech lat można osiągnąć w Polsce CSR na poziomie sześciu tysięcy, czyli na poziomie zadowalającym.” [50]*

Prezes NFZ dr Jacek Paszkiewicz odpowiada:

*„Nie mogę również zgodzić się z twierdzeniem Pana Senatora Stanisława Gogacza, że zabiegi operacyjne w leczeniu zaćmy należy wykonywać w warunkach ambulatoryjnych. Ze względu na bezpieczeństwo pacjenta wymagają one warunków szpitalnych, nawet jeżeli wykonywane są w zespołach chirurgii jednego dnia. Fundusz jest współodpowiedzialny za jakość i bezpieczeństwo chorych poddawanych zabiegom leczenia zaćmy. Tym bardziej, że schorzenie dotyczy w większości osób w wieku podeszłym, z licznymi problemami zdrowotnymi, często wcześniej nie rozpoznanymi. Po zabiegu pacjent powinien wypoczywać w pozycji leżącej przez 2-3 godziny, w tym czasie jest obserwowany, ma mierzone podstawowe parametry życiowe, dopiero po uruchomieniu otrzymuje posiłek.” [50]*

Podstawowym problemem na który wskazują specjaliści jest to, że w Polsce zdecydowana większość zabiegów usunięcia zaćmy wiąże się z kilkudniowym pobytem pacjenta w szpitalu. Należy zwiększyć



możliwości przeprowadzania takich zabiegów w warunkach ambulatoryjnych przy utrzymaniu wymagań zabiegowych na poziomie tych obowiązujących w lecznictwie szpitalnym.

W chwili obecnej finansowanie zabiegów usunięcia zaćmy w Polsce możliwe jest wyłącznie w ramach katalogu JGP. Wyodrębnione grupy JGP, poprzez które możliwe jest rozliczenie zabiegu, to:

- B12–B15 – wyłącznie usunięcie zaćmy:
  - B12 – usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki;
  - B13 – usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki;
  - B14 – usunięcie zaćmy powikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki;
  - B15 – usunięcie zaćmy niepowikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki;
- B11 – kompleksowe zabiegi w zaćmie i jaskrze;
- B16–B17 – zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloprocuduralne.

Świadczenia z grup B12–B15 finansowane są w ramach kontraktów zawieranych oddzielnie dla tych grup.

W Tabeli 27 zestawiono liczbę hospitalizacji rozliczonych w ramach tych grup w 2010 roku, średni koszt pojedynczej hospitalizacji oraz całkowitą wartość hospitalizacji. Strukturę hospitalizacji rozliczanych w ramach grup B11–B17 przedstawiono także na Wykres 27.

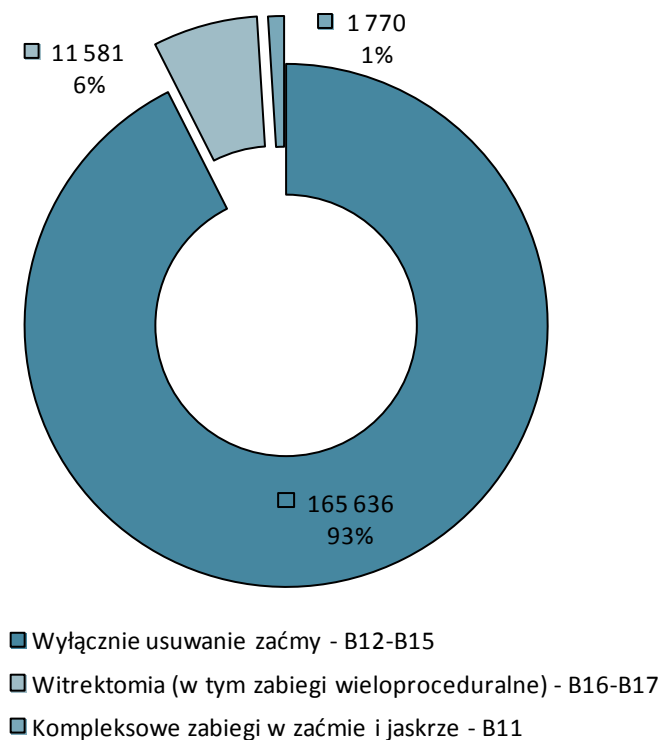
**Tabela 27.**  
**Grupy JGP, w ramach których możliwe jest rozliczenie zabiegu usunięcia zaćmy**

Kod JGP	Nazwa JGP	Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji	Łączna wartość hospitalizacji
B11	Kompleksowe zabiegi w zaćmie i jaskrze <sup>a</sup>	1 770	5 467 zł	9,7 mln zł
B12	Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	54 314	3 527 zł	191,5 mln zł
B13	Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	105 693	3 006 zł	317,7 mln zł
B14	Usunięcie zaćmy powikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	2 366	3 184 zł	7,5 mln zł

Kod JGP	Nazwa JGP	Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji	Łączna wartość hospitalizacji
B15	Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	3 263	2 440 zł	8,0 mln zł
B16	Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne <sup>a</sup>	5 533	8 231 zł	45,5 mln zł
B17	Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne <sup>a</sup>	6 048	7 070 zł	42,8 mln zł
<b>Razem</b>		<b>178 987</b>	<b>3 479 zł</b>	<b>622,7 mln zł</b>

a) Przedstawiono łączną liczbę zabiegów z grup B11 i B16-B17, brak danych odnośnie ilości występujących wśród nich zabiegów obejmujących usunięcie zaćmy

**Wykres 27.**  
**Grupy JGP uwzględniające usunięcie zaćmy – liczba zabiegów i udział procentowy w 2010 roku**



Źródło: NFZ [19]

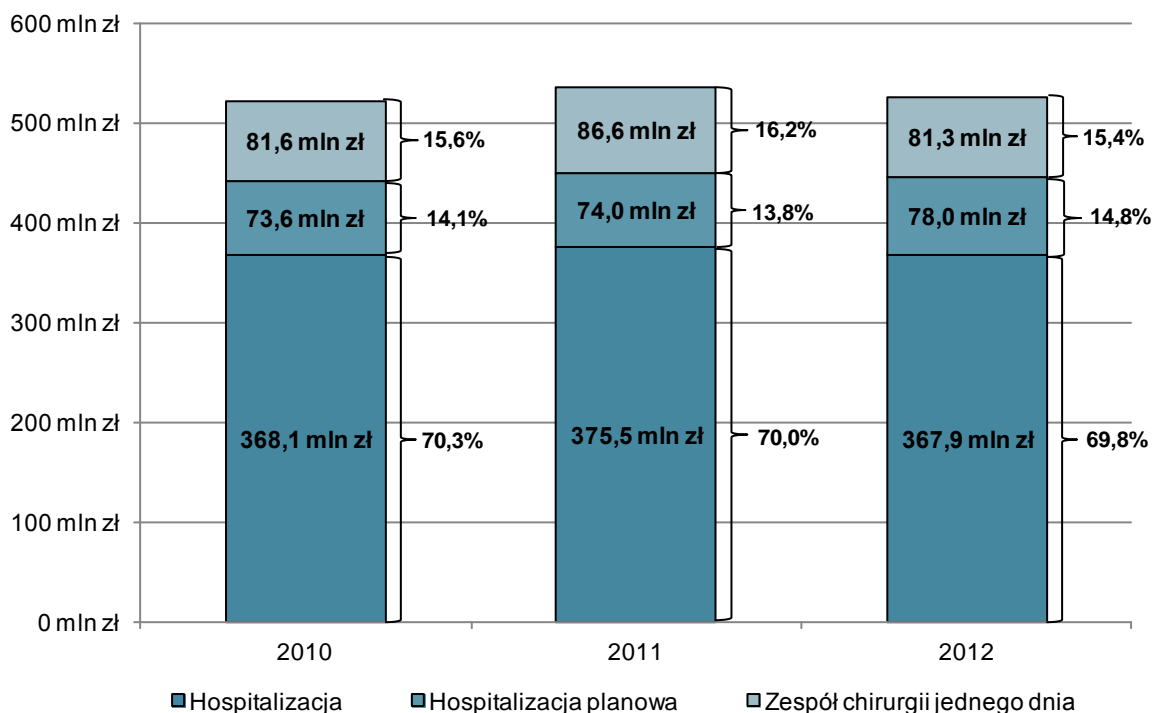
Zabieg usunięcia zaćmy przeprowadzony może być u świadczeniodawców posiadających umowy na realizację tego świadczenia w jednym z trzech trybów: hospitalizacja, hospitalizacja planowa, leczenie jednego dnia (tylko w przypadku grupy B14 nie ma możliwości przeprowadzenia zabiegu w trybie leczenia jednego dnia). Łączne wartości umów na realizację świadczeń w zakresie grup B12–B15 zawartych w latach 2010, 2011 i 2012 przez oddziały wojewódzkie NFZ ze świadczeniodawcami, w podziale uwzględniającym tryb przeprowadzenia zabiegu, przedstawiono w Tabela 28 i na

Wykres 28.

**Tabela 28.**  
Umowy zawarte przez oddziały wojewódzkie NFZ – sekcja okulistyka, leczenie szpitalne, grupy B12–B15

Tryb hospitalizacji	Wartość zawartych kontraktów		
	2010	2011	2012
<b>Hospitalizacja</b>	368,1 mln zł (70,3%)	375,5 mln zł (70,0%)	367,9 mln zł (69,8%)
<b>Hospitalizacja planowa</b>	73,6 mln zł (14,1%)	74,0 mln zł (13,8%)	78,0 mln zł (14,8%)
<b>Hospitalizacja jednego dnia</b>	81,6 mln zł (15,6%)	86,6 mln zł (16,2%)	81,3 mln zł (15,4%)
<b>Razem</b>	<b>523,3 mln zł (100%)</b>	<b>536,1 mln zł (100%)</b>	<b>527,2 mln zł (100%)</b>

**Wykres 28.**  
Usunięcie zaćmy (grupy B12–B15) – wartość umów zawartych przez oddziały wojewódzkie NFZ w podziale na tryb przeprowadzenia zabiegu



Zgodnie z przedstawionymi danymi, w latach 2010–2011 zdecydowana większość zabiegów – 84% w ujęciu wartościowym – przeprowadzanych było w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji planowej, natomiast tylko 16% zabiegów w ujęciu wartościowym wykonywanych (i rozliczanych) było jako leczenie jednego dnia. Dane dotyczące zawartych dotychczas umów na realizację omawianych

świadczeń w 2012 roku pokazują, że odsetek zabiegów przeprowadzanych w trybie jednodniowym w roku obecnym będzie podobny jak w latach 2010 i 2011 (15%).

Z drugiej strony statystyki JGP prezentowane na stronach internetowych NFZ pokazują, że w przypadku ok. 31% zabiegów usunięcia zaćmy przeprowadzonych w 2010 roku (dotyczy grup B12–B15) pacjenci wypisywani byli do domu w tym samym dniu, w którym zgłosili się na zabieg (czas hospitalizacji wynosił 0 dni, Wykres 29).

**Wykres 29.**

**Czas trwania hospitalizacji – usunięcie zaćmy (grupy B12-B15) – statystyki JGP za 2010 roku**



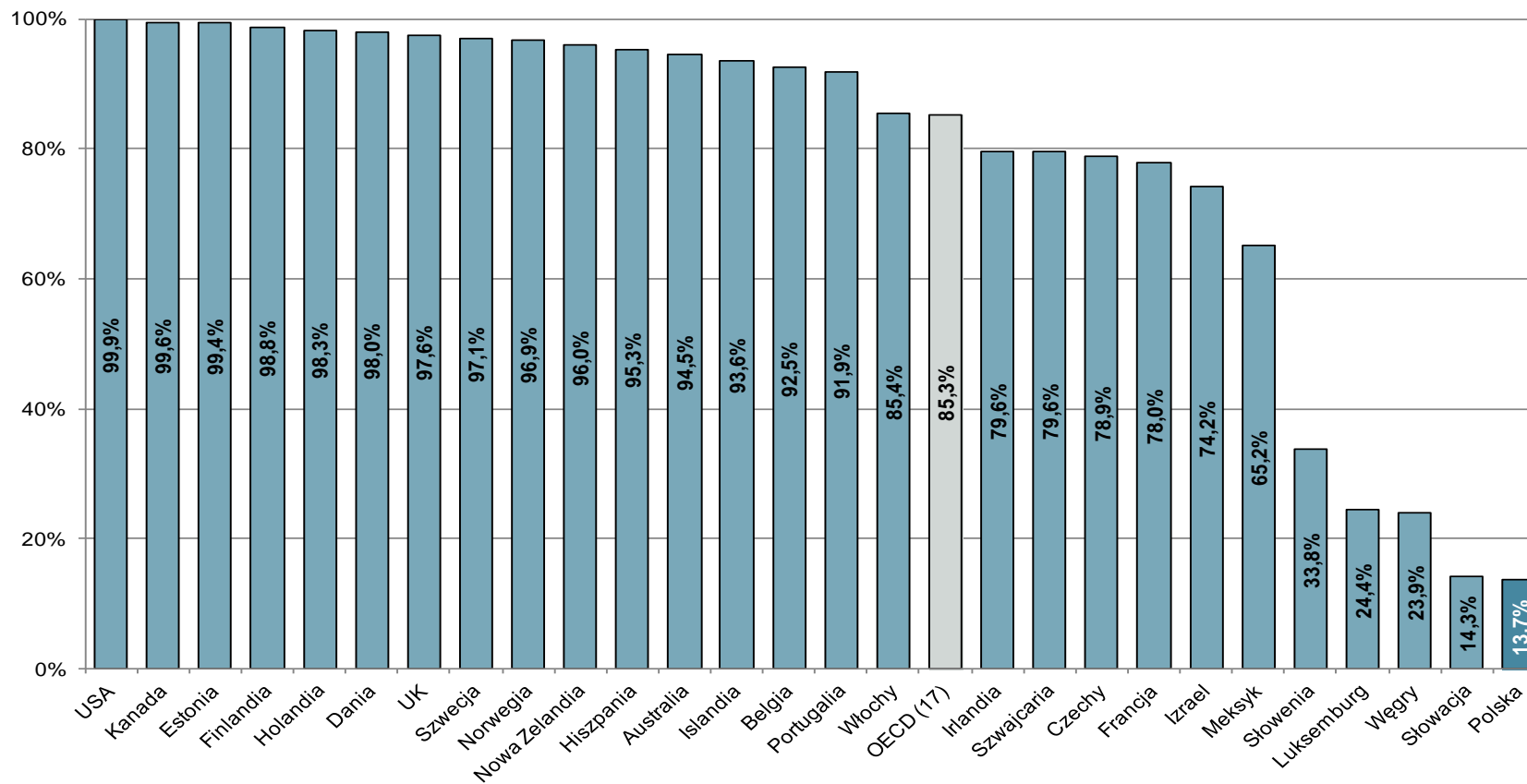
Przedstawione dane pokazują, że środki przeznaczone na finansowanie zabiegów usunięcia zaćmy przeprowadzanych w trybie jednodniowym w 2010 roku były około dwukrotnie niższe niż środki, które potrzebne byłyby do sfinansowania zabiegów faktycznie wykonanych w tym trybie w omawianym okresie – w trybie leczenia jednego dnia rozliczono 16% zabiegów, podczas gdy 30% zabiegów nie wymagało hospitalizacji dłużej niż doba. Zgodnie z zasadami kontraktowania (por. rozdział 3.2) świadczeniodawca może zawrzeć umowę tylko na jeden tryb realizowania świadczeń (hospitalizacja albo hospitalizacja planowa albo leczenie jednego dnia). Zatem ośrodek, który zawarł kontrakt na realizowanie zabiegów usunięcia zaćmy w trybie hospitalizacji, bądź też hospitalizacji planowej, będzie rozliczał wykonywane zabiegi przy uwzględnieniu odpowiednio wyższej wyceny – niezależnie od długości pobytu pacjenta na oddziale (o ile tylko nie przekracza liczby dni pobytu finansowanych grupą).

Reasumując, odsetek zabiegów wykonywanych w Polsce w ciągu jednego dnia jest około dwukrotnie wyższy niż odsetek zabiegów rozliczanych w trybie leczenia jednego dnia. Rozliczanie zabiegów usunięcia zaćmy zgodnie z faktycznym trybem przeprowadzenia zabiegu – poprzez zwiększenie kontraktów na leczenie jednego dnia bądź proporcjonalne obniżenie wyceny w trybie hospitalizacji / hospitalizacji planowej – pozwoliłoby wygenerować oszczędności, które przeznaczone mogłyby zostać na przeprowadzenie dodatkowych zabiegów, a to z kolei znacząco zmniejszyłoby czas oczekiwania.

Wielkość potencjalnych oszczędności i ewentualna liczba możliwych do przeprowadzenia zabiegów jest tematem rozdziału 6.

Problem długości hospitalizacji związane z wykonaniem zabiegu usunięcia zaćmy staje się szczególnie istotny gdy porówna się odsetek zabiegów przeprowadzanych w trybie jednodniowym w Polsce z analogicznymi danymi z innych państw. Dane takie dla 2009 roku zostały zebrane w raporcie przygotowanym przez OECD (Wykres 30). W świetle tych danych aranżacje w Polsce wydają się być tym bardziej niezrozumiałe.

**Wykres 30.**  
**Zabieg usunięcia żączy przeprowadzany w trybie jednodniowym na świecie – 2009 roku**



Niezależnie od tego czy uwzględniony zostanie odsetek zabiegów przeprowadzanych w trybie jednodniowym ustalony na podstawie wartości kontraktów zawartych przez NFZ (ok. 16% w latach 2010–2011, ok. 15% w 2012 roku), czy też na podstawie czasu pobytu w szpitalu ze statystyk JGP (31% w 2010 roku), uzyskany wynik jest znacznie niższy niż w przypadku większości państw poddanych analizie przez OECD. Spośród państw uwzględnionych w raporcie, jedynie w Słowacji występowała równie skrajna sytuacja jak w Polsce, odsetek zabiegów przeprowadzanych w trybie jednodniowym wynosił tam w 2010 roku 14%. Jeżeli wziąć pod uwagę rzeczywisty odsetek zabiegów przeprowadzanych w ciągu jednego dnia w Polsce (także tych nie rozliczanych w ten sposób), na podobnym poziomie są jeszcze tylko Węgry (24%), Luksemburg (24%) i Słowenia (34%). W pozostałych 23 państwach poddanych analizie wielkość omawianego odsetka jest znacznie wyższa: mieści się w zakresie 65–90% w przypadku 8 państw, natomiast w przypadku kolejnych 15 państw wynosi ponad 90%.

Przedstawione dane wskazują, że tryb jednodniowy jest zdecydowanie dominującym trybem przeprowadzania zabiegu usunięcia zaćmy na świecie, zgodnym ze standardami postępowania. Jest przy tym metodą bezpieczną i preferowaną przez pacjentów. Zdecydowana większość zabiegów jest obecnie wykonywanych metodą emulsyfikacji – czas operacji ograniczony jest do kilkudziesięciu minut, a zabieg wykonywany jest w większości przypadków w znieczuleniu miejscowym.

Na mocy Zarządzenia Prezesa NFZ z czerwca 2013 r., urealniono wycenę punktową świadczeń z zakresu okulistyki, z grupy B13,. Celem zmiany jest zwiększenie udziału trybu jednodniowego w zabiegach usunięcia zaćmy, co powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w skróceniu kolejek oczekiwania na to świadczenie. [35]

Zwiększenie liczby zabiegów usunięcia zaćmy przeprowadzanych w trybie jednodniowym w Polsce (na przykład poprzez zniesienie ograniczeń i lepszą wycenę) lub umożliwienie wykonywania zabiegu w trybie jednodniowym pozwoliłoby wygenerować oszczędności, co z kolei umożliwiłoby znaczące zwiększenie liczby wykonywanych zabiegów. Wyniki oszacowań potencjalnych oszczędności i możliwości zwiększenia liczby zabiegów usunięcia zaćmy w przypadku zwiększenia odsetka zabiegów wykonywanych w trybie jednodniowym przedstawiono w rozdziale 6.

#### 5.4. Konstrukcja katalogu JGP

Ideą systemu jednorodnych grup pacjentów jest by świadczenia szpitalne charakteryzujące się podobnym sposobem postępowania terapeutycznego oraz zbliżone kosztowo mogły być rozliczane



w ramach jednej wyceny, bez konieczności ustalania i rozliczania kosztów pojedynczych procedur. Obecna konstrukcja katalogu JGP – w zakresie chorób oczu – nie spełnia tych warunków, przez co prowadzi do nieoptymalnego wykorzystania środków publicznych.

Opisany powyżej problem dotyczy zabiegów usunięcia zaćmy, zabiegów z wykonaniem witrektomii oraz leczenia zachowawczego. Grupy z katalogu JGP dotyczące wspomnianych procedur wraz z ich wyceną przedstawiono w Tabeli 29.

**Tabela 29.**  
**Wycena wybranych grup JGP z sekcji okulistyka**

Grupa JGP	Nazwa	Wycena		
		Hospitalizacja	Hospitalizacja planowa	Hospitalizacja jednego dnia
B12	Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	3 621 zł	3 417 zł	3 162 zł
B13	Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	2 805 zł	2 805 zł	2 805 zł
B16	Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne	8 313 zł	7 905 zł	7 497 zł
B17	Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne	7 140 zł	6 783 zł	6 426 zł
B98	Leczenie zachowawcze okulistyczne	2 142 zł	2 040 zł	255 zł

### Witrektomia

W katalogu JGP wyróżnione są obecnie dwie grupy związane z wykonywaniem zabiegu witrektomii (B16, B17). Różnica pomiędzy grupami ograniczona jest do zastosowania / braku zastosowania podczas zabiegu oleju silikonowego lub dekaliny. Nie wprowadzono natomiast podziału na witrektomię wykonywaną z dostępu przedniego oraz tylnego. Obie metody przeprowadzenia zabiegu różnią się pomiędzy sobą generowanymi kosztami, witrektomia z dostępu przedniego jest zabiegiem tańszym. Jednakowa wycena dla obu zabiegów (witrektomii tylnej i przedniej) może prowadzić – i zdaniem niektórych lekarzy prowadzi – do poważnych nadużyć.

### Witrektomia z jednoczesnym usunięciem zaćmy

Kolejnym problemem wydaje się brak wyodrębnienia grupy dla zabiegu usunięcia zaćmy z jednoczesną witrektomią. W chwili obecnej zarówno witrektomia, jak i zabiegi wieloproceduralne rozliczane są w ramach jednej grupy. W konsekwencji, w przypadku wystąpienia u pacjenta powikłań

po zabiegu usunięcia zaćmy, bardziej opłacalne jest odesłanie pacjenta do domu i ponowne przyjęcie do szpitala w terminie późniejszym, niż natychmiastowe przeprowadzenie witrektomii. W opisanej sytuacji NFZ finansuje koszty obu zabiegów (rozliczenie dwóch hospitalizacji w ramach dwóch różnych grup), w przypadku natychmiastowej witrektomii, całość rozliczana jest jako jeden zabieg (witrektomia).

### **Usunięcie zaćmy – możliwość finansowania soczewek o podwyższonym standardzie**

W przypadku zabiegów usunięcia zaćmy (grupy B12–B15) koszt zabiegu uwzględnia koszt soczewki wewnątrzgałkowej, przy czym finansowane są wyłącznie soczewki podstawowe – jednoogniskowe (względnie niska wycena zabiegu nie pozwala na finansowanie soczewek o podwyższonym standardzie – znacznie droższych od soczewek jednoogniskowych). Obowiązująca obecnie interpretacja przepisów w zakresie możliwości pobierania od pacjentów dodatkowych opłat za świadczenia spoza zakresu świadczeń udzielanych na podstawie kontraktu z NFZ uniemożliwia zastosowanie soczewki o podwyższonym standardzie za odpowiednią dopłatą. Problem ten dotyczy publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, w placówkach niepublicznych przedstawione rozwiązania (dopłata pacjenta do soczewki o podwyższonym standardzie) są jednak stosowane.

Zdaniem mec. Pauliny Kieszkowskiej-Knapik [51], obowiązujące obecnie akty prawne nie nakładają jednoznacznego zakazu pobierania opłat od pacjentów przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej za świadczenia spoza zakresu świadczeń udzielanych na podstawie kontraktu z NFZ. Zgodnie z art. 6. 1. Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [52]: „*Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.*” Jak zauważa mec. Paulina Kieszkowska-Knapik:

*„Niezależnie od formy prawnej działalności ZOZ w zakresie koszyka i poza koszykiem pacjent powinien mieć wszędzie te same gwarancje prawne, w tym możliwość samodzielnego dbania o własne zdrowie ponad standard oferowany przez NFZ.”*

Mec. Paulina Kieszkowska-Knapik zwraca ponadto uwagę na fakt, że:

*„W refundacji od lat funkcjonuje współpłacenie, mimo, że to też są świadczenia gwarantowane.”*

Z kolei dr n. med. Wojciech Kołodziejczyk [53] zauważa, że:

*„Pacjent ze wszczepioną soczewką jednoogniskową już dziś zmuszony jest do partycypowania w kosztach pełnej korekcji wzroku poprzez konieczność zakupu okularów do korekcji blizy /*

*astygmatyzmu, co oznacza brak przeszkód natury prawnej przy ewentualnym umożliwieniu pacjentowi dokonania dopłaty z tytułu wszczepu soczewki wieloogniskowej, torycznej i asferycznej.”*

Umożliwienie chorym dopłat do soczewek ponadstandardowych spowodowałoby poprawienie dostępu do świadczeń – w chwili obecnej pacjent, który chce mieć wszczepioną droższą soczewkę musi przeprowadzić taki zabieg w prywatnej placówce, w której musi pokryć zarówno koszt soczewki, jak i koszt zabiegu. Taka organizacja udzielania świadczeń wydaje się z gruntu niesprawiedliwa i niezrozumiała. Alternatywnym sposobem rozwiązania problemu mogłoby być wprowadzenie oddzielnej grupy JGP dla zabiegów usunięcia zaćmy, nieuwzględniającej kosztu soczewki – usunięcie zaćmy bez implantacji soczewki – oraz oddzielne rozliczanie kosztu soczewki. W przypadku zastosowania soczewki o podwyższonym standardzie, ze środków publicznych mógłby być finansowany wyłącznie zabieg, a koszt soczewki ponoszony byłby przez pacjenta (w przypadku soczewki standardowej koszt ponoszony byłby ze środków publicznych) lub byłby ponoszony dodatkowo ponad limit kosztów najtańszej soczewki.

Rozwiązania umożliwiające dopłatę pacjenta w przypadku zastosowania soczewki o podwyższonym standardzie funkcjonują już w innych krajach europejskich – np. w Niemczech, czy w Czechach. W myśl wprowadzonych rozwiązań, pacjenci we wspomnianych państwach pokrywają różnicę w kosztach między soczewką standardową i soczewką o podwyższonym standardzie, a pozostały koszt jest pokrywany przez ubezpieczyciela. Zabieg z wykorzystaniem soczewek o wyższym standardzie może być przeprowadzony wyłącznie za świadomą zgodą pacjenta, dotyczącą zarówno ewentualnych powikłań, jaki i dodatkowych kosztów terapii. Możliwość zamiany typu wykorzystanej soczewki dotyczy oczywiście wyłącznie pacjentów, u których nie stwierdzono przeciwwskazań dotyczących nowego sposobu leczenia.

### **Leczenie zachowawcze okulistyczne**

W ramach grupy B98 – „Leczenie zachowawcze okulistyczne” realizowany może być bardzo szeroki zakres procedur z praktycznie wszystkich specjalizacji okulistycznych. Grupa B98 jest przy tym stosunkowo wysoko wyceniona (szczegóły w tabeli powyżej). Sytuacja taka może skłaniać szpitale do rozliczania realizowanych świadczeń poprzez tą grupę JGP, nawet w przypadku, gdy rzeczywisty koszt świadczenia jest znacznie niższy. Doskonale obrazuje ten problem wypowiedź profesora Zbigniewa Zagórskiego podczas posiedzenia komisji senackiej dotyczącego leczenia zaćmy w Polsce, które odbyło się w czerwcu 2011 r [3]. Profesor Zagórski przedstawił podczas wspomnianego posiedzenia swoje spostrzeżenia z przeprowadzonej w jednym ze szpitali kontroli:

*„Wszystkie środki, poza tymi na zabiegi usunięcia zaćmy, były wykorzystane na hospitalizacje zachowawcze, podawanie cavintonu w przewlekłych chorobach oczu. Zakwestionowałem to, ale rozmawiałem z dyrektorem szpitala i on mi powiedział: panie profesorze, ja to rozumiem, ale cavinton mnie kosztuje 50 zł, a fundusz płaci mi 2 tysiące 600 zł, to dlaczego miałbym nie przyjmować tych chorych.”*

Zdaniem profesora Zagórskiego wskazanym byłoby wyodrębnienie spośród procedur rozliczanych jako leczenie zachowawcze tych procedur, które dotyczą poważniejszych schorzeń (i są tym samym bardziej kosztowne), jak np. owrzodzenie rogówki, ciężkie zapalenie błony naczyniowej, wymagające użycia leków immunosupresyjnych. Odpowiednio wycenione powinny zostać również procedury tańsze. Przy czym – zdaniem prof. Zagórskiego – stosowanie cavintonu w chorobach oczu powinno odbywać się w warunkach ambulatoryjnych. Nie powinno dopuszczać się do sytuacji, w których procedury generujące koszty rzędu kilkudziesięciu złotych rozliczane są jako kosztujące 2 tys. zł – jest to ewidentne marnotrawienie środków, lub jak to określił prof. Zagórski, „wyciąganie z funduszu pieniędzy”, które mogłyby być przeznaczone na realizowanie innych świadczeń okulistycznych (np. leczenia zaćmy). Profesor zaznaczył również, że o wynikach przeprowadzonej kontroli zawiadamiał NFZ, jednak ze strony NFZ nie zostały podjęte żadne działania.

Podczas wspomnianego posiedzenia komisji senackiej swoją opinię na temat przyczyny zbyt dużej liczby hospitalizacji zachowawczych okulistycznych (i zbyt duży ich kosztów) wyraził również kierownik I Katedry i Kliniki Chorób Oczu na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi – prof. Wojciech Omulecki:

*„Te przyjęcia szpitalne, które mogłyby nie mieć miejsca, wynikają z tego, że opieka poradniana okulistyczna jest w Polsce na bardzo niskim poziomie, czyli większość lekarzy okulistów, kiedy trafia do nich pacjent z zakrzepem, zatorem, stanem zapalnym itd., nie podejmuje leczenia, tylko wysyła go do szpitala...”*

### **Wycena zabiegów u dzieci i dorosłych**

Inną niedoskonałością obecnego systemu rozliczania zabiegów w zakresie katalogu JGP w okulistyce jest brak podziału na zabiegi przeprowadzane u dzieci i u dorosłych. Ze względu na istotne różnice w kosztach poszczególnych zabiegów w zależności od tego, czy operowany jest dorosły czy dziecko (zabiegi u dzieci są bardziej kosztowne) wskazane byłoby wprowadzenie takiego rozróżnienia.

## 5.5. Wycena JGP – usunięcie zaćmy, witrektomia

Kolejnym problemem jest wycena zabiegów usunięcia zaćmy i witrektomii. Zabiegi te wg statystyk JGP generują blisko 80% wszystkich wydatków na leczenie szpitalne w zakresie okulistyki (szczegóły w rozdziale 4.2).

Nieprawidłowa wycena rozmija się z ideą systemu jednorodnych grup pacjentów i prowadzi do patologii w systemie, wydłużonych kolejek i niewłaściwego wykorzystania potencjału świadczeniodawców. Podstawą działania systemu w którym nie rozlicza się szczegółowo zużytych zasobów, a świadczenia finansuje się na pewnym uśrednionym poziomie, jest prawidłowa wycena. Grupy powinny być skonstruowane w taki sposób, aby pacjenci do nich kwalifikowani rzeczywiście stanowili jednorodną grupę pod względem zarówno medycznym jak i kosztowym. Zawsze będzie istniał pewien zakres zróżnicowania w obrębie grup, ale zadaniem Narodowego Funduszu Zdrowia oraz nadzoru Ministra Zdrowia – odpowiedzialnych za funkcjonowanie systemu JGP – jest określenie takich warunków realizacji i finansowania świadczeń, aby to zróżnicowanie było minimalne i żeby nie dochodziło do sytuacji, w których pewne grupy pacjentów są preferowane przez świadczeniodawców, ponieważ ich leczenie generuje większe zyski. Zbyt duża różnorodność pacjentów w grupie powoduje selekcję „lepszyc” pacjentów, pacjenci bardziej obciążeni lub z gorszymi rokowaniami trafiają do innych ośrodków. Takie praktyki zaburzają sprawne funkcjonowanie systemu JGP, którego ideą jest to by każdy świadczeniodawca przyjmował i leczył zarówno pacjentów lepiej, jak i gorzej rokujących – tylko w takiej sytuacji rozliczanie hospitalizacji w uśredniony sposób ma sens.

Świadczeniodawcy nie mają interesu w obniżeniu wyceny grup JGP. Stowarzyszenie CEESTAHC napotkało więc trudności z pozyskaniem odpowiednich danych pozwalających na wycenę rozważanych świadczeń. W związku z tym, zamiast podejmować się próby oszacowania rzeczywistych kosztów zabiegów usunięcia zaćmy i witrektomii, porównano obowiązujące stawki NFZ za te operacje z kosztami, jakie musi ponieść pacjent decydujący się na przeprowadzenie zabiegu w prywatnym ośrodku, a także z kosztami zabiegów w innych państwach.

W przypadku zabiegu usunięcia zaćmy uwzględniono wyłącznie zabiegi przeprowadzane metodą emulsyfikacji, które stanowią ok. 97% wszystkich zabiegów usunięcia zaćmy finansowanych ze środków publicznych. Porównano koszty zabiegu przeprowadzanego w trybie jednodniowym, gdyż w takim trybie zabieg ten przeprowadzany jest w zdecydowanej większości placówek prywatnych w Polsce i na świecie. Średni koszt zabiegu (hospitalizacja jednego dnia) finansowanego ze środków publicznych, ustalony na podstawie wyceny JGP oraz statystyk JGP, wynosi 2926 zł (dla grupy B12 – 3162 zł, dla grupy B13 – 2805 zł). Ceny w prywatnych ośrodkach są zróżnicowane i zależą od

lokalizacji. W wielu prywatnych placówkach zabieg usunięcia zaćmy można wykonać za kwotę 2900–3200 zł (istnieją też oczywiście placówki, w których koszt zabiegu jest znacznie wyższy). Wśród klinik wykonujących zabiegi finansowane samodzielnie przez pacjentów znajdują się również ośrodki, w których operację usunięcia zaćmy można wykonać nawet za kwotę o 40 % mniejszą niż stawka, którą refunduje NFZ.

Finansowanie ze środków publicznych zabiegu witrektomii (w tym wieloproceduralnego) wynosi przeciętnie 7625 zł (8231 zł dla grupy B16 oraz 7070 zł dla grupy B17). W ośrodkach prywatnych witrektomia wraz z usunięciem zaćmy kosztuje 5620–7300 zł, natomiast sama witrektomia to koszt rzędu 6000–7000 zł (w tym również witrektomia z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny). Szczegóły dotyczące zebranych cen zabiegów usunięcia zaćmy i witrektomii oferowanych przez placówki prywatne przedstawiono w aneksie (rozdział 10.4).

**Tabela 30.**

**Porównanie kosztów prywatnych i wyceny JGP – zabiegi usunięcia zaćmy i witrektomia**

Rodzaj zabiegu / usługi	Wycena JGP <sup>a</sup>	Koszt prywatnie <sup>b</sup>
Usunięcie zaćmy – fakoemulsyfikacja (tryb jednodniowy)	2 926 zł	2 900–3 200 zł
Usunięcie zaćmy – fakoemulsyfikacja / witrektomia tylna	7 625 zł	5 620–7 300 zł

a) założono, że cena punktu rozliczeniowego wynosi 51 zł; b) uwzględniono ośrodki, w których cena zabiegu jest względnie niska (rozdział 10.4)

Przedstawione dane pokazują, że koszt omawianych świadczeń w przypadku ich finansowania ze środków publicznych jest porównywalny do cen oferowanych przez ośrodki wykonujące zabieg prywatnie. Wydaje się zatem, że wycena świadczeń w katalogu JGP mogłaby zostać obniżona bez znaczącego pogorszenia sytuacji materialnej ośrodków świadczących usługi okulistyczne w ramach kontraktu z NFZ. Zazwyczaj wycena tych samych świadczeń w przypadku finansowania ze środków publicznych jest niższa, niż cena świadczeń oferowanych prywatnie. W tym pierwszym przypadku przeciwstawiane są interesy obywateli i świadczeniodawców, a więc z jednej strony celem jest optymalna alokacja środków publicznych, z drugiej strony celem jest maksymalizacja zysków świadczeniodawców. W przypadku jednostek prywatnych celem jest wyłącznie maksymalizacja zysków. O wysokiej wycenie tych zabiegów w Polsce świadczy także porównanie kosztów finansowania między różnymi państwami: wycena zabiegu zaćmy w porównaniu do Węgier jest w Polsce dwukrotnie wyższa, nieznacznie niższa w porównaniu do Wielkiej Brytanii i na zbliżonym poziomie jak w Niemczech (Tabela 31, rozdział 10.3).

**Tabela 31.**  
**Porównanie kosztów w Polsce i innych państwach – zabiegi usunięcia zaćmy i witrektomia**

Rodzaj zabiegu / usługi	Polska	Wielka Brytania	Węgry	Niemcy
Usunięcie zaćmy – fakoemulsyfikacja z implantacją soczewki	2 805 – 3 621 zł	3 689 – 4 496 zł	1 561 zł	2 000 – 3 000 zł <sup>a</sup>
Witrektomia z dostępu tylnego			5 842 zł	bd
Witrektomia z dostępu tylnego z implantacją soczewki	6 426 – 8 313 zł	6 278 – 8 484 zł	5 161 zł	bd
Witrektomia – inne			1 993 zł	bd

a) 460–720 euro [54]

W rozdziale 6 przedstawiono wyniki oszacowań potencjalnych oszczędności i możliwości zwiększenia liczby przeprowadzanych zabiegów usunięcia zaćmy i witrektomii w przypadku obniżenia wyceny tych świadczeń. Obniżenie wyceny powinno jednak być poprzedzone rzetelną analizą rzeczywistych kosztów związanych z tymi zabiegami – zgodnie z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z dnia 15 lipca 2011 roku [37] planuje się utworzyć Agencję Taryfikacji Świadczeń Opieki Zdrowotnej, której zadaniem ma być rzetelna wycena świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Utworzenie Agencji Taryfikacji w odpowiednim modelu, ew. zebranie, przeanalizowanie stosownych danych i ustalenie rzetelnej wyceny może zająć jeszcze sporo czasu.

Lekarze praktycy podkreślają konieczność zróżnicowania wyceny pewnych grup w zależności od wieku pacjentów: na grupy przeznaczone dla dzieci i dla dorosłych, tak jak jest to zorganizowane np. w Wielkiej Brytanii (wycenę brytyjskich grup w zakresie chorób oczu przedstawiono w aneksie, rozdział 10.3). Problematyczne jest także zbyt ogólnikowe potraktowanie zabiegów witrektomii. Jak to już uzasadniono, powinien istnieć w tym zakresie podział na witrektomię z dostępu przedniego oraz witrektomię z dostępu tylnego. W inny sposób powinno być także zorganizowane finansowanie leczenia powikłań po operacjach usunięcia zaćmy. Obecne zasady – jednakowa wycena witrektomii i wieloproceduralnych zabiegów z wykonaniem witrektomii – sprzyjają sytuacjom, w których pacjenci z powikłaniami wypisywani są ze szpitala po to tylko by zostali przyjęci ponownie w celu leczenia powikłań. Druga hospitalizacja rozliczana jest wtedy niezależnie od pierwszej, w wyniku czego koszty finansowania ulegają zwiększeniu – np. rozliczanie zaćmy i witrektomii jako dwóch hospitalizacji zamiast jednorazowo w ramach grupy dla witrektomii.

Przeprowadzenie zmian sugerowanych przez środowisko naukowe, a także obniżenie wyceny prowadzące do racjonalizacji wydatków jest możliwe już teraz. Na początku marca 2012 roku Narodowy Fundusz Zdrowia podjął decyzję o reorganizacji i zmianie wyceny grupy świadczeń

z zakresu kardiologii inwazyjnej, która – obok okulistyki – jest wymieniana jako druga „super opłacalna” dziedzina medycyny. Wycena niektórych procedur kardiologicznych spadła nawet o kilkanaście procent. Zgodnie z informacjami przedstawionymi na portalu Rynek Zdrowia, opinia środowiska o zmianach wprowadzonych przez NFZ jest mimo wszystko pozytywna [55]. Przykład ten pokazuje, że możliwa jest modyfikacja zasad tak, aby skorzystali na tym zarówno pacjenci, świadczeniodawcy jak i płatnik publiczny. Natomiast utrzymywanie patologicznych rozwiązań systemowych obowiązujących obecnie, mimo dostarczonych do NFZ i MZ danych i stanowisk, należy uznać za dziwne i niezrozumiałe.

Zmiany sugerowane przez środowisko naukowe, a także obniżenie wyceny prowadzące do racjonalizacji wydatków, podjęto na początku marca 2012 roku, kiedy Narodowy Fundusz Zdrowia podjął decyzję o reorganizacji i zmianie wyceny grupy świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej, która – obok okulistyki – jest wymieniana jako druga „super opłacalna” dziedzina medycyny. Wycena niektórych procedur kardiologicznych spadła nawet o kilkanaście procent. Zgodnie z informacjami przedstawionymi na portalu Rynek Zdrowia, opinia środowiska o zmianach wprowadzonych przez NFZ jest mimo wszystko pozytywna [55]. Przykład ten pokazuje, że możliwa jest modyfikacja zasad tak, aby skorzystali na tym zarówno pacjenci, świadczeniodawcy jak i płatnik publiczny. Natomiast utrzymywanie patologicznych rozwiązań systemowych obowiązujących obecnie, mimo dostarczonych do NFZ i MZ danych i stanowisk, należy uznać za dziwne i niezrozumiałe.

## 5.6. Ocena rankingu świadczeniodawców

Rankingi świadczeniodawców wykonywane są przez NFZ w ramach konkursu ofert na zawarcie umowy z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dokumenty regulujące tworzenie rankingów, w tym zasady oceny jednostek biorących udział w konkursie, przedstawiono w rozdziale 3.2. Zgodnie z obowiązującymi regułami kryteriami stosowanymi podczas oceny ofert świadczeniodawców są:

- jakość oferowanych świadczeń,
- kompleksowość,
- dostępność,
- ciągłość,
- oferowana cena.

Wyszczególnione kategorie wydają się obejmować najistotniejsze kwestie jakie powinny być brane pod uwagę przy zawieraniu umów ze świadczeniodawcami, jednak sposób ich oceny, tzn. kryteria



częstkowe składające się na ocenę całościową w poszczególnych kategoriach, nie umożliwiają pełnego i obiektywnego porównanie składanych ofert. Głównym aspektem podlegającym szerokiej krytyce jest uwzględnianie warunków formalnych / teoretycznych, przy jednoczesnym pomijaniu doświadczenia oraz dotychczasowych wyników osiągniętych przez poszczególne placówki. Temat ten poruszony został przez prof. Żarnowskiego na posiedzeniu komisji senackiej poświęconej problemowi leczenia i finansowania zabiegów usunięcia zaćmy, które odbyło się w czerwcu 2011 roku [3].

### **Jakość oferowanych świadczeń**

Obecnie w ocenie jakości oferowanych świadczeń uwzględniane są liczebność i kwalifikacje personelu oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, co dziwne natomiast nie jest uwzględniane doświadczenie personelu oraz rzeczywista jakość (efekt leczenia) realizowanych świadczeń.

Parametrem umożliwiającym pomiar jakości świadczeń mógłby być odsetek powikłań po zabiegach wykonywanych w danym ośrodku. W tym celu konieczne jest stworzenie odpowiedniego rejestru powikłań, co jednak przy niskim poziomie informatyzacji polskiej służby zdrowia nie byłoby zadaniem łatwym. Niemniej jednak nie jest to zadaniem niemożliwym, gdyż podobny rejestr funkcjonuje w Polsce np. dla wczesnych powikłań po endoprotezoplastykach stawowych. [56]

Prowadzenie rejestru zabiegów umożliwiłoby realną ocenę jakości świadczonych przez daną placówkę usług, czym z pewnością powinien być zainteresowany zarówno NFZ, jak i MZ oraz nadzór krajowy. Profesor Żarnowski twierdzi, że w Polsce obserwuje się zbyt wysoki odsetek powikłań związanych z uszkodzeniem torebki tylnej, przemieszczeniem soczewek własnych i sztucznych, zapaleniami, czy wtórnym odwarstwieniem siatkówki. Profesor zauważa natomiast, że dochodzi do „rozliczania powikłań jako dodatkowej dobrze płatnej procedury, nieinformowanie pacjenta o zaistniałych powikłaniach, nieinformowanie kontroli (NFZ, konsultant wojewódzki) o zaistniałych powikłaniach” [57] – bez stworzenia rejestru i skutecznej kontroli takie patologie nie zostaną wyeliminowane, z ogromną szkodą dla chorych oraz finansów publicznych.

Tworząc rejestr i określając akceptowalne granice dla występowania powikłań pozabiegowych można, a nawet powinno się korzystać z doświadczenia państw, w których opieka okulistyczna znajduje się na znacznie wyższym poziomie niż w Polsce. Przykładem takiego państwa może być Szwecja, w której rejestr operacji zaćmy prowadzony jest od 1992 roku i zawiera informacje o ponad 95% przeprowadzonych zabiegach [49, 58]. Uszkodzenie torebki tylnej, jedno z poważniejszych powikłań

operacyjnych, jest monitorowanie w Szwecji od 2002 roku. Odsetek powikłań w ciągu 8 lat objętych rejestrem (2002–2009) zmalał o ponad 40% – z poziomu 2,8% do 1,6% (Tabela 32).

**Tabela 32.**  
**Częstość uszkodzenia torebki tylnej w rejestrze szwedzkim**

Rok	Liczba zabiegów	Liczba zabiegów powikłanych	Odsetek zabiegów powikłanych
2002	75 750	2 121	2,8%
2003	73 994	1 902	2,6%
2004	75 681	1 767	2,3%
2005	77 591	1 594	2,1%
2006	72 568	1 284	1,8%
2007	72 306	1 367	1,9%
2008	72 443	1 216	1,7%
2009	82 470	1 328	1,6%

Uszkodzenie torebki tylnej będące powikłaniem operacji usunięcia zaćmy zasługuje na szczególną uwagę z wielu powodów. Przede wszystkim wiąże się ono z ryzykiem kolejnych komplikacji wymagających dodatkowych interwencji chirurgicznych oraz większej liczby wizyt kontrolnych. Z tego powodu powikłanie to stanowi powszechnie stosowane kryterium oceny jakości przeprowadzanych operacji zaćmy [59]. Przykładem wykorzystania go w praktyce jest Wielka Brytania, w której od lat gromadzone są dane dotyczące przeprowadzonych zabiegów zaćmy (*National Cataract Surgery Dataset*). W latach 2009–2011 opublikowano wyniki audytu systemu brytyjskiego przeprowadzonego w oparciu o dane o ponad 55 tys. zabiegach operacji zaćmy przeprowadzonych przez 406 chirurgów. Celem przeprowadzenia audytu było m.in. opracowanie nowych standardów opieki zdrowotnej w tym zakresie [60], oceny ryzyka powikłań z zakresu uszkodzenia torebki tylnej w zależności od czynników ryzyka [59] lub porównania odsetków pacjentów z powikłaniami pomiędzy poszczególnymi lekarzami [61]. Uzyskane wyniki audytu stanowią cenne informacje nie tylko dla lekarzy okulistów, którzy mogą czerpać z nich wiedzę o czynnikach ryzyka powikłań oraz prawdopodobieństwie ich wystąpienia, ale również dla systemu opieki zdrowotnej, na przykład w ramach kontroli i kształcenia kadr. W wyniku audytu wykazano np. dwukrotnie większe ryzyko wystąpienia powikłań (m.in. uszkodzenie torebki tylnej) w zabiegach przeprowadzonych przez stażystów, w porównaniu z doświadczonymi chirurgami [61]. Przykład brytyjski wyraźnie pokazuje, że prowadzenie ogólnokrajowego rejestru zabiegów może przyczynić się do poprawy jakości oferowanych świadczeń – i tym samym służyć jako narzędzie oceny świadczeniodawców np. na potrzeby konkursu ofert.

W 1998 roku w rejestrze szwedzkim zaczęto zbierać informację na temat częstości pooperacyjnego zapalenia wnętrza gałki ocznej. Obowiązek sprawozdawania występowania tego powikłania również w tym przypadku doprowadził do korzystnych zmian w zakresie diagnostyki i profilaktyki zapalenia wnętrza gałki ocznej, a szwedzkie doświadczenia w tym zakresie stały się europejskim standardem profilaktyki oraz punktem odniesienia dla państw z całego świata.

Kryterium jakości oceniane w rankingach NFZ nie uwzględnia niestety w żaden sposób kwalifikacji kadry lekarskiej popartych doświadczeniem i wynikami leczenia. Narodowy Fundusz Zdrowia w swoich kryteriach wymaga posiadania specjalizacji, lecz nie wymaga posiadania kwalifikacji operacyjnych. Program specjalizacji w zakresie okulistyki wymaga wykonania m.in. 10 zabiegów wewnątrzgałkowych (zaćma, jaskra) i asysty przy 6 operacjach odwarstwienia siatkówki i 2 witrektomiach.

Oprócz jakości mierzonej efektami leczenia, innym – pośrednim – miernikiem jakości usług świadczonych przez daną placówkę może być również liczba pacjentów oczekujących na zabieg w tej placówce, będąca wyrazem renomy danego ośrodka oraz zaufania jakim darzony jest on przez pacjentów. Długość kolejki pacjentów oczekujących na leczenie jest istotna również z innych względów, temat ten poruszony został już wcześniej (rozdział 5.1).

### **Kompleksowość**

W ocenie kompleksowości brany pod uwagę jest zakres merytoryczny oferowanych świadczeń oraz zapewnienie dostępu do świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych. Zamiast oceny kompleksowości świadczeń rzeczywiście realizowanych przez poszczególne ośrodki świadczeń, uwzględniane jest jednak wyłącznie przygotowanie „teoretyczne”, np. oceniane jest wyposażenie ośrodka w sprzęt umożliwiający prowadzenie kompleksowych świadczeń, które niekoniecznie przekłada się na realizowanie takich świadczeń przez daną placówkę.

Dostępność zaawansowanego sprzętu medycznego i brak wykwalifikowanych osób, które mogą taki sprzęt efektywnie wykorzystywać prowadzi do sytuacji, w której środki nie są zagospodarowane w sposób wydajny a dystrybucja środków finansowych jest często nieadekwatna.

### **Dostępność**

Podobnie w przypadku dostępności brane pod uwagę są deklaracje (czyli dane „teoretyczne”, często fikcyjne) świadczeniodawców dotyczące sposobu organizacji udzielania świadczeń. Nie przeprowadza

się natomiast weryfikacji deklarowanej dostępności w oparciu o faktycznie prowadzoną działalność poszczególnych placówek.

### **Ciągłość**

W przypadku ciągłości, oznaczającej zapewnienie świadczeniobiorcy kontynuacji procesu leczenia, brak jest precyzyjnych kryteriów odnośnie okresu czasu przez jaki wspomniana kontynuacja procesu leczenia ma być zapewniona. Istotnym aspektem w przypadku ciągłości mogłaby być konieczność zaopatrywania powikłań, ewentualnie ponoszenie konsekwencji na poziomie wysokości kontraktów w przypadku braku takiej możliwości.

Kryterium to nie uwzględnia ciągłości świadczenia usług w poprzednich latach, które w istotny sposób przekłada się na doświadczenie placówki. W środowisku panuje powszechne przekonanie, że świadczenia okulistyczne są dobrze wycenione przez NFZ (więcej na ten temat w rozdziale 5.5), w związku z czym powstaje wiele nowych ośrodków konkurujących o środki publiczne z doświadczonymi i renomowanymi placówkami. Często zdarza się tak, że dobre przygotowanie biznesowe nowopowstałych ośrodków jest czynnikiem decydującym przy przydzielaniu kontraktów – mimo iż ze względu na brak doświadczenia jakość usług w takich placówkach jest bliżej nieokreślona. Ze względu na brak doświadczenia lub brak wykwalifikowanej kadry nowe placówki nie są w stanie zaopatrywać leczenia powikłań, a pacjenci z powikłaniami odsyłani są do innych świadczeniodawców.

Przykładowym rozwiązaniem problemu przyznawania wielomilionowych kontraktów świadczeniodawcom o niustalonym poziomie świadczeń byłoby ograniczenie wysokości pierwszych kontraktów i późniejsze zwiększanie ich w zależności od oceny jakości i innych istotnych aspektów. Rynek usług zdrowotnych różni się od innych rynków, m.in. tym, że doświadczenie ma tutaj kluczową rolę – od niego zależy bezpieczeństwo i zdrowie pacjentów – i dlatego też powinno mieć odpowiednio proporcjonalną wagę przy ustalaniu rankingów.

### **Aspekty nieoceniane**

Istotnym czynnikiem, który nie jest obecnie brany pod uwagę podczas postępowania konkursowego, jest długość kolejek pacjentów oczekujących na operację zaćmy w poszczególnych placówkach. Narodowy Fundusz Zdrowia nakłada na świadczeniodawców obowiązek raportowania liczby osób oczekujących oraz przeciętnego czasu oczekiwania na zabieg. Dane te są publikowane na stronie internetowej NFZ [43], jednak nie są w żaden sposób wykorzystywane w procesie przydzielania środków finansowych.

Długość kolejki dziś może być pośrednim miernikiem jakości usług: większa kolejka jest bowiem często odzwierciedleniem większego zainteresowania pacjentów daną placówką, które może wynikać z pozytywnych opinii innych pacjentów, znakomitej kadry naukowej czy dobrych wyników pooperacyjnych. Innym powodem, dla którego długość kolejek powinna być brana pod uwagę przy zawieraniu umów ze świadczeniodawcami, jest zapewnienie równego dostępu do świadczeń dla wszystkich pacjentów. Różnice w długości kolejek pacjentów oczekujących na zabieg usunięcia żączy w poszczególnych placówkach w obrębie województw są znaczne, w konsekwencji czas oczekiwania na zabieg w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta (i preferowanej placówki) może wahać się od kilku tygodni do kilku lat. Sytuacja taka jest wynikiem często krytykowanego obowiązującego sposobu rozliczania świadczeń, w którym pieniądze nie idą „za pacjentem”, tylko „przed pacjentem”. Istotnym aspektem przyznawania kontraktów powinna być wydajność jednostki lub możliwość zmianowego planowania zabiegów żączy.

Żeby zobrazować znaczne różnice pomiędzy teoretycznymi możliwościami operacyjnymi i zapotrzebowaniem na finansowanie u konkretnych świadczeniodawców z realnymi możliwościami wynikającymi z przyznanych kontraktów, w kolejnej tabeli (Tabela 34) zestawiono wybrane dane dotyczące:

- długości kolejek pacjentów oczekujących na zabieg usunięcia żączy – dane z IX 2011 roku;
- czasu oczekiwania na zabieg – dane z IX 2011 roku;
- liczby możliwych do zrealizowania świadczeń w latach 2011 i 2012, obliczone na podstawie wielkości przyznanych przez NFZ kontraktów oraz średniego kosztu zabiegu usunięcia żączy w 2010 roku (na podstawie statystyk JGP);
- dla każdej z uwzględnionych w zestawieniu placówek wyznaczono współczynnik określający, u jakiego odsetka spośród pacjentów oczekujących na operację żączy (bez uwzględnienia nowych pacjentów), zabieg ten może zostać przeprowadzony w 2012 roku.

Dane te pokazują jak duże mogą być różnice w zakresie dostępności zabiegu usunięcia żączy pomiędzy placówkami w jednym województwie. Duża liczba pacjentów oczekujących na zabieg (długi czas oczekiwania na zabieg) nie przekłada się na wysokość kontraktu. Niektórzy świadczeniodawcy są w stanie zoperować jedynie kilka procent oczekujących chorych, podczas gdy u innych przyznane środki wystarczyłyby na wykonanie zabiegów u 9-krotnie większej liczby pacjentów (Tabela 34). Sytuacja, w której placówce przyznawane są środki, których wielkość znacząco przerasta jej zapotrzebowanie może prowadzić do ich marnotrawienia poprzez wykonywanie zabiegów u pacjentów, u których nie jest to konieczne (bądź wręcz jest niewskazane). Tym samym u innych

świadczeniodawców tylko niewielka część pacjentów, u których powinno się wykonać zabieg, może liczyć na to, że zostanie on przeprowadzony w danym roku.

Zaprezentowane zestawienie nie uwzględnia oceny placówek pod kątem innych, również istotnych kryteriów, które powinny być brane pod uwagę przy przyznawaniu kontraktów. Niemniej jednak dane te wskazują na znaczne rozbieżności w dostępie do świadczeń usunięcia zaćmy dla pacjentów chętnych do poddania się zabiegowi u różnych świadczeniodawców. Warto w tym miejscu podkreślić, że to pacjent powinien mieć możliwość wyboru miejsca leczenia, a jego opinia na temat jakości realizowanych świadczeń powinna być jednym z czynników branych pod uwagę przy przyznawaniu kolejnych kontraktów.

Innymi aspektami jakie według profesora Żarnowskiego mogłyby być brane pod uwagę w rankingowaniu świadczeniodawców są:

- postawa etyczna oferenta (np. odmowa udzielania świadczeń pacjentom, w przypadku gdy wykonanie świadczenia jest nieopłacalne),
- marnotrawstwo środków w latach poprzednich (wykorzystywanie luk w systemie rozliczania świadczeń w celu maksymalizacji zysków),
- opinie konsultanta wojewódzkiego o poziomie świadczonych usług. [57]

Efektom stosowania obecnie obowiązującego sposobu rankingowania placówek ubiegających się o przyznanie środków publicznych jest częste przyznawanie kontraktów nowym ośrodkom z dobrym przygotowaniem „biznesowym” lecz bez doświadczenia i z niskim potencjałem pacjentów chętnych do leczenia w tych ośrodkach. Przykładem może być sytuacja z województwa śląskiego: dwóm placówkom ze znaczną liczbą pacjentów oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy w 2012 roku przyznane zostały dużo mniejsze kontrakty niż w 2011 roku (kiedy to wielkość kontraktów i tak była niewystarczająca), a jednocześnie środki przyznane zostały placówce, w której wcześniej (w 2011 roku) nie realizowano świadczeń finansowanych ze środków publicznych (Tabela 33). Ponadto wysokość środków przyznanych nowemu świadczeniodawcy przekroczyła wielkości kontraktów z 2011 roku w każdej z pozostałych dwóch placówek. Przedstawione dane mają na celu ukazanie istoty problemu. Na ich podstawie nie można jednoznacznie stwierdzić, że środki zostały rozdysponowane niewłaściwie, gdyż w ramach tego opracowania nie weryfikowano zasadności przyznania kontraktów.

**Tabela 33.**  
**Porównanie możliwości oraz potrzeb wybranych placówek w zakresie zabiegów usunięcia zaćmy – „starzy” vs „nowi” świadczeniodawcy**

Placówka	Kolejka pacjentów	Liczba zabiegów w 2011 r. <sup>a</sup>	Liczba zabiegów w 2012 r. <sup>a</sup>	Możliwości realizacji potrzeb w 2012 r. <sup>b</sup>
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Wielospecjalistyczny w Gliwicach	2 099	763	65	3%
Wojewódzki szpital specjalistyczny nr 1 im. Prof. Józefa Gasińskiego	3 401	936	532	16%
Euromedic Medical Center	n/d	n/d	915	n/d

a) wartości ustalone na podstawie wielkości kontraktu z NFZ na dany rok oraz średniego kosztu zabiegu w 2010 r.; b) współczynnik określający, u jakiego odsetka spośród pacjentów oczekujących zabieg może zostać przeprowadzony w roku 2012 r.; n/d – nie dotyczy

Podsumowaniem rozważań dotyczących sposobu rankingowania świadczeniodawców może być wysunięty przez profesora Żarnowskiego wniosek, że NFZ *„dzieli dowolnie środki lub według ułomnych rankingów, kontroluje kwestie formalne, niekiedy instrumentalnie, nie kontroluje poziomu świadczonych usług medycznych, sam nie podlega skutecznej kontroli”* [57].

**Tabela 34.**  
**Porównanie możliwości oraz potrzeb wybranych placówek w zakresie zabiegów usunięcia żączy**

Oddział NFZ	Zakres świadczeń	Placówka	Kolejka P <sup>a</sup>	Czas oczekiwania P <sup>a</sup>	Kolejka S <sup>a</sup>	Czas oczekiwania S <sup>a</sup>	Kolejka razem	Liczba zabiegów w 2011 r. <sup>b</sup>	Liczba zabiegów w 2012 r. <sup>b</sup>	Możliwości realizacji potrzeb w 2012 r. <sup>c</sup>
Kujawsko-Pomorski	Hospitalizacja planowa	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. DR E. WARMIŃSKIEGO SP ZOZ W BYDGOSZCZY	17	55	398	166	415	807	890	<b>214%</b>
		SZPITAL SPECJALISTYCZNY "MATOPAT" NZOZ W TORUNIU	124	393	1 912	1127	2 036	457	519	<b>25%</b>
Lubelski	Hospitalizacja	1 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SP ZOZ W LUBLINIE	2	49	92	88	94	231	357	<b>380%</b>
		SP ZOZ W PUŁAWACH	116	150	1 359	537	1 475	461	492	<b>33%</b>
Małopolski	Leczenie jednego dnia	NZOZ OKO-LASER W KRAKOWIE	2	59	258	73	260	367	357	<b>137%</b>
		SP ZOZ W BOCHNI "SZPITAL POWIATOWY" IM.BŁ. MARTY WIECKIEJ	27	194	802	518	829	173	177	<b>21%</b>
Mazowiecki	Hospitalizacja	BRÓDNOWSKIE CENTRUM SPECJALISTYCZNE W WARSZAWIE	0	0	71	14	71	862	601	<b>846%</b>
		WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCyny LOTNICZEJ W WARSZAWIE	6	41	1 295	395	1 301	428	463	<b>36%</b>
Podkarpacki	Leczenie jednego Dnia	NZOZ "GOMED" SP. Z O.O. W LUBACZOWIE	0	0	37	47	37	214	352	<b>952%</b>
		NZOZ OŚRODEK CHIRURGII OKA PROF. ZAGÓRSKIEGO W RZESZOWIE	4	257	1 578	834	1 582	643	586	<b>37%</b>

a) P – przypadki pilne, S – przypadki stabilne; b) wartości ustalone na podstawie wielkości kontraktu z NFZ na dany rok oraz średniego kosztu zabiegu w 2010 r.; c) współczynnik określający, u jakiego odsetka spośród pacjentów oczekujących (bez uwzględnienia nowych pacjentów) zabieg może zostać przeprowadzony w roku 2012 r.; d) Tabela z wszystkimi placówkami, dla których dostępne są dane o kolejkach pacjentów lub które uzyskały kontrakty w 2011 r. lub w 2012 r. zamieszczona została w aneksie



## 5.7. Wymagania kontraktowe

Kryteriami uwzględnianymi podczas rankingowania świadczeniodawców ubiegających się o przyznanie środków publicznych przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych są m.in. jakość oraz kompleksowość oferowanych świadczeń (rozdział 3.2 i 5.6). W ocenie wymienionych kategorii uwzględniane są liczebność i kwalifikacje personelu oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną. W niniejszym rozdziale poddane zostały ocenie wymagania dotyczące sprzętu oraz personelu medycznego, jakie stawiane są oferentom starającym się o przyznanie kontraktów w zakresie okulistyki, a dokładniej kontraktów na leczenie zaćmy i jaskry.

### Sprzęt medyczny

Przed świadczeniodawcami ubiegającymi się o przyznanie środków publicznych na realizację świadczeń szpitalnych w zakresie okulistyki stawiane są wymagania ogólne oraz wymagania dodatkowe dla świadczeniodawców starających się o przyznanie kontraktów na leczenie zaćmy i/lub jaskry (grupy B11–B15, B72–B74), wysiękowej postaci AMD werteporfiną przy zastosowaniu terapii fotodynamicznej (grupa B01) oraz zabiegi związane z przeszczepem rogówki (grupy B4–B6).

Wymagania dodatkowe dla świadczeniodawców starających się o przyznanie kontraktów na leczenie zaćmy i/lub jaskry po raz pierwszy wprowadzone zostały w zarządzeniu Prezesa NFZ Jacka Paszkiewicza z dnia 11 czerwca 2008 roku [34]. Od tego czasu wymagania sprzętowe we wspomnianym zakresie budziły wiele kontrowersji. Wymogi określone kolejnymi zarządzeniami prezesa NFZ sprawiały, że bez względu na to czy szpital starał się o umowę z NFZ na wykonywanie świadczeń związanych tylko z jedną, czy z obiema wspomnianymi chorobami (zaćma/jaskra), musiał wykazać się posiadaniem w miejscu udzielania świadczeń m.in.: mikroskopu lustrzanego, pachymetru, lasera okulistycznego argonowego lub diodowego i lasera okulistycznego NdYAG. Ponadto w celu uzyskania kontraktu na leczenie zaćmy i/lub jaskry konieczne było posiadanie w lokalizacji aparatu GDX lub aparatu HRT (w październiku 2008 roku wymóg ten został rozszerzony na wszystkie placówki ubiegające się o przyznanie środków publicznych na świadczenia szpitalne w zakresie okulistyki). Jak wynika jednak z wypowiedzi profesora Jerzego Szaflika, konsultanta krajowego w dziedzinie okulistyki (pismo z dnia 22 września 2009 roku, znak: SPKSO/134/2009):

*„...aparaty HRT, GDX, laser argonowy i laser diodowy nie mają bezpośredniego zastosowania w chirurgii zaćmy. Również laser YAG nie musi być urządzeniem obligatoryjnym w ośrodku chirurgii zaćmy.”*

Świadczeniodawca ubiegający się o przyznanie środków publicznych na początku roku określał, czy kontrakt zamierza przeznaczyć wyłącznie na procedury związane z leczeniem zaćmy, czy również na inne procedury. Zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 11 czerwca 2008 roku (oraz późniejsze zarządzenia Prezesa NFZ określające wymagania sprzętowe) wymuszało zatem posiadanie zbędnego sprzętu okulistycznego przez placówki, które dążyły do podpisania z NFZ umowy o finansowaniu ze środków publicznych tylko zabiegów usunięcia zaćmy, nie kontraktując świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem jaskry (ani też innych świadczeń okulistycznych).

W cytowanym powyżej piśmie profesor Jerzy Szaflik odniósł się również do wymogu posiadania pachymetru oraz mikroskopu lustrzanego:

*„...ocena rogówki dotycząca jej grubości i stanu komórek śródbłonna jest informacją cenną u pacjenta kwalifikowanego do operacji zaćmy, jednak do jej uzyskania nie jest bezwzględnie konieczne posiadanie tego typu urządzeń. W związku z tym wydaje się uzasadnione dopuszczenie posiadania dostępu do wyżej wymienionego sprzętu w postaci podwykonawcy. Ocena stanu rogówki, w tym jej grubości i stanu komórek śródbłonna, jest badaniem bezwzględnie wymaganym u pacjentów kwalifikowanych do zaćmy i ta ocena prowadzona jest z użyciem lampy szczelinowej. W przypadku wątpliwości konieczne jest skorzystanie z wyżej wymienionych aparatów. Wydaje się, że w ośrodkach, w których wykonywana jest mniejsza ilość zabiegów, nie jest konieczne posiadanie własnego sprzętu i można korzystać z podwykonawców, a co za tym idzie obligatoryjność posiadania nie musi być wymagana, jednak jako element rankingujący ośrodek wydaje się być w pełni uzasadnione.”*

Podobnego zdania jest dr n. med. Antoni Bąk, konsultant ds. okulistyki w województwie podkarpackim i sekretarz Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskich, który stwierdził, że:

*„...niektóre te urządzenia absolutnie powinny być w szpitalach rangi wojewódzkiej i klinikach. Ale po co w mieście, gdzie jest sześć ośrodków operacji zaćmy, sześć laserów lustrzanych?”* (jest to dosłowny cytat, zapewne chodziło o laser okulistyczny lub mikroskop lustrzany).

Powołując się na cytowaną powyżej wypowiedź konsultanta krajowego profesora Jerzego Szaflika, pani poseł Joanna Mucha z Platformy Obywatelskiej w interpelacji do Ministra Zdrowia zwróciła się z zapytaniem:

*„...czy w związku ze stanowiskiem specjalisty krajowego w dziedzinie okulistyki ministerstwo podtrzymuje opinię, że na liście sprzętu niezbędnego do ubiegania się o przyznanie kontraktu z Narodowego Funduszu Zdrowia na wykonanie procedur okulistycznych - operacji zaćmy (numer*

*katalogowy B12, B13) muszą znaleźć się takie urządzenia, jak: HRT lub GDX, lasery (argonowy, diodowy lub YAG), mikroskop lustrzany oraz pachymetr?”*

Swoje obawy dotyczące dodatkowych utrudnień dla ośrodków świadczących zabiegi okulistyczne w ramach umowy z NFZ wygłosił również na posiedzeniu senatu pan senator Stanisław Gogacz, który w swojej wypowiedzi do pana Jacka Paszkiewicza, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (pismo z dnia 3 czerwca 2009 roku, znak: BPS/DSK-043-1723/09), oświadczył, że:

*„...w związku z wieloma sygnałami, jakie otrzymałem, informuję, że niepokoi mnie mająca obecnie miejsce bardzo niska dostępność operacji zaćmy w Polsce. Jest ona na poziomie niższym od międzynarodowych standardów, a bliższa jest poziomom państw rozwijających się”*

Na temat zmian w wymaganiach sprzętowych pan senator Stanisław Gogacz stwierdził, że:

*„...okuliści protestują, bo urządzenia te nie są niezbędne do wykonywania operacji zaćmy, który to zabieg na coraz większą skalę robią małe prywatne firmy okulistyczne, wypierając z rynku medycznego duże szpitale i kliniki. Te urządzenia są absolutnie zbędne do wykonywania tej procedury. Według pana Marka Czubaka, przewodniczącego Zarządu Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskich, pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydaje rozporządzenie, które praktycznie decyduje o całym rynku, ale bez konsultacji z nimi, czyli z Polskim Stowarzyszeniem Okulistycznym”*

Odpowiadając na zarzuty Przewodniczącego Zarządu Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskich, Prezes NFZ Jacek Paszkiewicz uzasadnił zaistniałą zmianę wymagań pisząc (znak: CF/DSOZ/JAS/2009/076/0345/W/09252), że:

*„Słuszne jest stwierdzenie podnoszone w piśmie przez Stowarzyszenie o braku zastosowaniu urządzeń takich jak HRT lub GDX czy lasera argonowego/ diodowego w chirurgii zaćmy, jednakże co wymaga podkreślenia, w cytowanym zarządzeniu (zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 22 października 2008 roku [28]) nie określono przedmiotowego wymagania w odniesieniu do chirurgii zaćmy. Określenie wymagań w zakresie liczby i kwalifikacji personelu czy wyposażenia w aparaturę medyczną sformułowane zostały łącznie w odniesieniu do dwóch istotnych problemów zdrowotnych występujących w Polsce tj. jaskry i zaćmy. (...) Należy podkreślić, że na etapie postępowania w sprawie zawarcia umowy, Fundusz preferuje świadczeniodawców posiadających potencjał wykonawczy dla realizacji wszystkich grup świadczeń, których możliwość realizacji została określona dla kontraktowanego zakresu w tym przypadku dla zakresu okulistyki, a zapewnienie przez świadczeniodawcę kompleksowości świadczeń opieki zdrowotnej rozumianej jako planowana*

*struktura świadczeń lub profil leczonych pacjentów w kontraktowanym zakresie stanowią istotne kryteria oceny oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń”.*

W tym samym piśmie NFZ argumentując zaistniałą zmianę wymagań dotyczących sprzętu okulistycznego powołał się na opinię konsultanta krajowego twierdząc, że:

*„W odniesieniu do mikroskopu lustrzanego, pachymetru jak też innych urządzeń stosowanych w chirurgii zaćmy, co również podkreśla konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki, wykonywanie zabiegów bez posiadania tych urządzeń nie jest możliwe.”*

Zdanie to stoi w jawnej sprzeczności z wcześniej cytowaną wypowiedzią prof. Jerzego Szaflika.

Podsumowując przytoczone powyżej opinie specjalistów z dziedziny okulistyki można stwierdzić, że wymagania sprzętowe wprowadzone w 2008 roku zmusiły świadczeniodawców do zakupu sprzętu, który w dużej części przypadków był zbędny. Skorzystali na tym w oczywisty sposób producenci i dystrybutorzy sprzętu. W celu oszacowania wydatków jakie poniesione musiały zostać przez świadczeniodawców w związku z wprowadzeniem omawianych wymagań zebrano dane dotyczące wyników postępowań przetargowych na zakup poszczególnych urządzeń (Tabela 35).

**Tabela 35.**  
**Przetargi na zakup urządzeń okulistycznych wymaganych w zarządzeniach Prezesa NFZ z 2008 roku**

Urządzenie	Placówka ogłaszający przetarg	Cena zakupionego urządzenia	Rok udzielenia zamówienia
Aparat GDX	Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	121 495 zł	2009
Aparat HRT	Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi	121 980 zł	2010
Laser YAG z lampą szczelinową	110 Szpital Wojskowy Z Przychodnią SP ZOZ w Elblągu	120 000 zł	2009
Pachymetr (bezdotykowy, optyczny)	NZOZ SANITAS s.c. w Brzegu	31 500 zł	2009
Mikroskop lustrzany	Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi	75 000 zł	2010

Według wypowiedzi pana dr Marka Czubaka na Forum Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskich [62] koszt zakupu aparatu GDX, lasera okulistycznego oraz mikroskopu lustrzanego może wynieść nawet więcej niż wynikałoby to z powyższych danych. Przewodniczący Stowarzyszenia twierdzi, że:

*„Dodatkowy wydatek ok. 420 tys. zł (200 tys. + 150 tys. + 70 tys.) z bólem ponieśliśmy wszyscy; w skali kraju ponad 240 ośrodków wydało na zakupy dodatkowego sprzętu ponad 100 milionów zł”.*

Środki te mogły bez wątpienia zostać wykorzystane w sposób znacznie bardziej efektywny.

Brak zasadności stosowania opisanych powyżej wymagań sprzętowych znalazł potwierdzenie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 roku. Rozporządzenie to zniósł konieczność posiadania przez placówki ubiegające się o przyznanie kontraktów na realizację zabiegów usunięcia zaćmy i jaskry urządzeń takich jak: pachyometr i mikroskop lustrzany, a konieczność posiadania lasera okulistyczny argonowego, diodowego lub NdYAG ograniczyło do placówek ubiegających się o przyznanie środków na realizację świadczeń w zakresie leczenia jaskry, przy czym wystarczające stało się posiadanie lasera okulistycznego w lokalizacji (zamiast w miejscu udzielania świadczeń).

## **Personel**

Jak wspomniano wcześniej (rozdział 3.2), zgodnie z aktualnie obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 roku, zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, świadczeniodawca deklarujący chęć przeprowadzania zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry zobowiązany jest do posiadania personelu, w skład którego wchodzić powinna pielęgniarka – specjalistka pielęgniarstwa operacyjnego.

Zdaniem ekspertów spełnienie tego kryterium jest w praktyce niemożliwe ze względu na ograniczenia kadrowe – zgodnie z danymi Naczelnej Izby Pielęgniarskiej kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego dla pielęgniarek ukończyło 1263 osoby, natomiast dla pielęgniarek i położnych – 502 osoby (stan na 31 grudnia 2011 roku). Zdaniem Andrzeja Mądrali, wiceprezesa zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych, pielęgniarek – specjalistek pielęgniarstwa operacyjnego nie mają zarówno szpitale publiczne, jak i niepubliczne. W rezultacie, część świadczeniodawców musiałaby zatem zrezygnować z udzielania świadczeń z zakresu leczenia zaćmy i jaskry. Rodzi to obawy przed ograniczeniem dostępności do świadczeń – jak stwierdza prof. Maria Niżankowska, wprowadzony wymóg spełniać mogłyby jedynie duże i wielospecjalistyczne jednostki szpitalne. Przyczyniłoby się to do zwiększenia już teraz długiego czasu oczekiwania w kolejkach na operacje jaskry i zaćmy. Efekty były zauważalne w województwie śląskim podczas ustalania kontraktów na rok 2012 – tam, ze względu na niespełnienie ministerialnych wymogów,

oddział wojewódzki NFZ zmuszony był do anulowania konkursu i anektowania umów z poprzedniego okresu.

Rozwiązaniem sugerowanym przez Dariusza Jorga, dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, jest doprecyzowanie przepisów w taki sposób, aby rozszerzyć grono pielęgniarek mogących asystować podczas operacji okulistycznych. Program specjalizacji pielęgniarki operacyjnej wymaga, aby spędziła ona zaledwie 35 godzin na bloku operacyjnym w chirurgii okulistycznej. Zdaniem Jorga, o wiele bogatsze doświadczenie mają obecnie asystujące przy zabiegach pielęgniarki (zarówno instrumentariuszki, jak i pielęgniarki po kursach) pracujące od lat w zawodzie. Zauważa ponadto, że spełnienie wymagań Ministerstwa Zdrowia w omawianym zakresie wymagało okresu przejściowego minimum 3–5 lat na spełnienie tych standardów, tyle bowiem zajęłoby wyszkolenie odpowiednio licznej kadry pielęgniarek operacyjnych.

Abstrahując od zagadnień kadrowych kontrowersyjny jest również sam fakt, że wymóg zatrudniania pielęgniarki operacyjnej został wprowadzony wyłącznie dla zabiegów związanych z leczeniem jaskry i zaćmy, które choć są najczęściej wykonywanymi procedurami okulistycznymi w Polsce, nie należą do zabiegów obarczonych największym ryzykiem (w porównaniu np. z przeszczepem rogówki lub witrektomią, w przypadku których omawiany wymóg nie został uwzględniony).

## **5.8. Potrzeba opracowania aktualnych, polskich wytycznych i standardów postępowania w okulistyce**

Kolejnym problemem, na który należy zwrócić uwagę, jest brak wytycznych i standardów postępowania w chorobach oczu w Polsce. Dlaczego jest to tak ważne? Szacuje się, że aktualnie na świecie dostępnych jest kilkanaście milionów doniesień naukowych z dziedziny medycyny, w tym ponad 1 000 000 randomizowanych badań klinicznych (RCT) uważanych za najbardziej wiarygodne. Co tydzień ukazuje się około 7300 nowych publikacji, przy czym liczba ta lawinowo rośnie. Świadczy to o ogromnym postępie jaki dokonuje się obecnie w medycynie. [63]

Jednym ze źródeł wiedzy o aktualnych doniesieniach naukowych i uznanych w danym kraju sposobach postępowania są wytyczne (*practice guidelines*). Odgrywają one główną rolę w upowszechnieniu aktualnej wiedzy medycznej. Wytyczne postępowania są to systematycznie opracowywane zbiory rekomendacji (przewodniki), dotyczące określonego problemu zdrowotnego, które stanowią narzędzie pomocne w procesie podejmowania decyzji. Pozwalają na racjonalizację

postępowania dotyczącego diagnostyki, leczenia i profilaktyki; są też narzędziem zapewniania wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych. Standardy, w odróżnieniu od wytycznych, są zwykle ustalane dla poszczególnych zabiegów i dotyczą obowiązku stosowania określonej procedury, jednej z wielu opcjonalnych, klinicznie prawidłowych. Wytyczne obejmują problem zdrowotny całościowo. Opracowywane są dla sytuacji typowych, najczęściej spotykanych w praktyce lekarskiej, dla schorzeń, które występują w danym kraju najczęściej. Wytyczne przedstawiają najlepsze aktualnie znane sposoby postępowania. Pełnią one nie tylko rolę w upowszechnianiu aktualnej wiedzy medycznej, często zawierają praktyczne porady dotyczące uregulowań prawnych i administracyjnych, mogą też przedstawiać opcjonalne sposoby postępowania, przy uwzględnieniu kosztów poszczególnych procedur. [63]

Reasumując wprowadzanie wytycznych i standardów ma przede wszystkim:

- zapewnić dostęp do aktualnej wiedzy medycznej;
- poprawić proces podejmowania decyzji przez personel medyczny;
- służyć poprawie jakości świadczonych usług medycznych;
- umożliwić opracowanie narzędzi oceny jakości świadczonych usług;
- stanowić zabezpieczenie przed prawnymi skutkami niepowodzeń procesu leczenia, w przypadku postępowania zgodnego z wytycznymi;
- pozwolić na optymalizację kosztów i jakości świadczeń zdrowotnych. [63]

Spośród polskich organizacji zrzeszających okulistów: Polskie Towarzystwo Okulistyczne [64], Stowarzyszenie Chirurgów Okulistów Polskich [65], Polskie Towarzystwo Profilaktyki Jaskry [66], Stowarzyszenie AMD [67], jedynie ta ostatnia ma w statucie zapisane opracowanie standardów postępowania. Organizacje zagraniczne np. *American Academy of Ophthalmology* [68], *European Glaucoma Society* [69], *The Royal College of Ophthalmologists* [70], *National Institute for Health and Clinical Excellence* [71] opracowały i publikują wytyczne i standardy postępowania na swoich stronach internetowych [72–75]. Prof. Zbigniew Zagórski, na prośbę prezydenta *American Academy of Ophthalmology*, podjął się przetłumaczenia na język polski 23 aktualnych standardów postępowania w najczęstszych chorobach oczu. Tłumaczenie to ma być udostępnione na portalu edukacyjnym *ONE Network* [72] w 2012 roku.

## 5.9. Braki w edukacji pacjentów oraz dostępność do rzetelnej informacji dla osób z chorobami oczu

Obszarem wymagającym zmian i poprawy jest także edukacja pacjentów, która zgodnie z powszechnymi opiniami znajduje się na niewystarczającym poziomie. Niską świadomość Polaków odnośnie chorób oczu oraz sposobów ich leczenia w doskonały sposób obrazują wyniki badania przeprowadzonego przez CBOS w czerwcu 2010 roku, które dotyczyło oczekiwań pacjentów po operacji usunięcia zaćmy oraz wiedzy Polaków na temat rodzajów soczewek stosowanych w chirurgii oka [76]. Badaniu poddanych zostało 200 osób z 22 miast: 100 osób oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy oraz 100 osób, które ten zabieg przeszły w ciągu ostatnich 5 lat.

Wyniki badania pokazują, że niewystarczająca edukacja pacjentów jest z jednej strony spowodowana brakiem zaangażowania lekarzy w udzielanie pacjentom informacji dotyczących prowadzonego leczenia oraz jego skutków. Zaniedbania ze strony lekarzy mogą być po części tłumaczone brakiem czasu dla pacjentów, co wynika z ograniczeń finansowych i kolejek oczekujących na poradę oraz rozbudowanej biurokracji, która pochłania czas lekarzy. Z drugiej strony pacjenci często nie wykazują zainteresowania leczeniem, któremu są poddawani, zdając się całkowicie na wiedzę i doświadczenie lekarzy. Pacjenci rzadko czerpią wiedzę z innych źródeł danych niż informacje od lekarza: 24% i 19% pacjentów odpowiednio przed i po zabiegu pozyskuje informacje od rodziny lub znajomych, natomiast odpowiednio 8% i 5% pacjentów – ze źródeł specjalistycznych. [76]

Znaczna część pacjentów (41% oczekujących na usunięcie zaćmy, 30% po zabiegu) uważa, że przed zabiegiem nie uzyskali od lekarza żadnych informacji odnośnie poprawy widzenia, oczekiwanej po zabiegu. Nie informuje się również pacjentów o możliwych sposobach leczenia – o soczewkach umożliwiających ostre widzenie z bliska i z daleka bez konieczności noszenia okularów oraz o soczewkach korygujących astygmatyzm. Wielu świadczeniodawców sądzi obecnie, że uwarunkowania prawne uniemożliwiają stosowanie takich soczewek w przypadku zabiegów usunięcia zaćmy, finansowanych ze środków publicznych, niemniej jednak wiedza na temat istnienia wspomnianych soczewek, których zastosowanie może w znacznym stopniu wpłynąć na poprawę jakości życia pacjenta, powinna być chorym przekazywana. Tymczasem 73% pacjentów przed zabiegiem i 84% po zabiegu nie słyszało o soczewkach o podwyższonym standardzie, a odpowiednio 63% i 60% pacjentów twierdzi, że lekarz nie udzielił im informacji dotyczących rodzaju wszczepianych im soczewek. [76]

Jednocześnie 56% pacjentów przed zabiegiem usunięcia zaćmy oczekuje, że zabieg rozwiąże całkowicie ich problemy związane z widzeniem (będą dobrze widzieć zarówno z bliska, jak i z daleka,



bez potrzeby noszenia okularów). Zbyt wysokie oczekiwania wobec rezultatów zabiegu, wynikające z braku odpowiedniej wiedzy, skutkują tym, że 21% pacjentów po zabiegu usunięcia zaćmy jest tylko częściowo usatysfakcjonowanych z jego efektów, natomiast 11% pacjentów jest zawiedzionych uzyskanymi efektami. Do wymienianych przez pacjentów przyczyn niezadowolenia należą niesatysfakcjonująca poprawa widzenia, konieczność noszenia okularów oraz powikłania po zabiegu. Stopień rozczarowania pacjentów byłby bez wątpienia mniejszy, gdyby posiadali pełniejszą wiedzę na temat zabiegu jakiemu mają zostać poddani. [76]

Jak pokazują doświadczenia diabetologów, proste przekazywanie informacji pacjentom okazuje się być mało skuteczne. Dąży się do zastąpienia tradycyjnego modelu edukacji koncepcją „wzmacniania zasobów pacjenta” (*patient empowerment*). W modelu tym obowiązkiem lekarza nie jest jedynie przekazanie pacjentowi wiadomości na temat optymalnego postępowania w jego chorobie, ale również kształtowanie jego motywacji i zaangażowania w ten proces [77, 78]. Narzędziami ułatwiającymi *patient empowerment* są technologie opracowywane w ramach programu eZdrowie, czyli wszelkiego rodzaju narzędzia teleinformatyczne mające zastosowanie w zapobieganiu chorobom, diagnostyce, leczeniu, kontroli oraz prowadzeniu zdrowego trybu życia [79]. Rozwój systemów związanych z eZdrowiem jest jednym z priorytetów strategii rozwoju Unii Europejskiej.

Postępująca informatyzacja i cyfryzacja powinna ułatwić pacjentom dostęp do rzetelnych informacji o procedurach okulistycznych – informacje takie powinny znajdować się na stronach internetowych towarzystw okulistycznych, stowarzyszeń lekarzy czy też organizacji pacjenckich. Przykład może tutaj stanowić strona *American Academy of Ophthalmology* [68], na której chorzy mogą zapoznać się z charakterystyką, przyczynami, metodami leczenia chorób oczu. Teksty napisane są prostym językiem, a treść wzbogacona jest filmami i prezentacjami multimedialnymi.

Inicjatywą zmierzającą w opisanym wyżej kierunku – edukacji chorych z wykorzystaniem metod informacyjnych i informatycznych – jest projekt Fundacji Watch Health Care „Poradnik dla pacjentów”. W ramach tego projektu za pośrednictwem strony internetowej [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl) udostępniane są wykłady dotyczące różnych tematów związanych z ochroną zdrowia. Wykłady stanowią przede wszystkim źródło porad w zakresie poruszania się w systemie ochrony zdrowia w Polsce oraz w przystępny sposób prezentować informacje o chorobach, sposobach leczenia i diagnostyki.

## 6. PROPONOWANE ZMIANY SYSTEMOWE

Na podstawie przeprowadzonej oceny wybranych aspektów funkcjonowania opieki okulistycznej w Polsce następujące zmiany w zakresie finansowania świadczeń okulistycznych powinny przyczynić się do poprawy sytuacji:

- zwiększenie odsetka zabiegów usunięcia zaćmy przeprowadzanych w trybie jednodniowym,
- obniżenie wyceny zabiegów usunięcia zaćmy (grupy B12–B15 w katalogu JGP),
- obniżenie wyceny zabiegów witrektomii (grupy B16–B17 w katalogu JGP).

Zmiany w tych obszarach przyczynią się do uwolnienia środków finansowych, które mogłyby zostać przeznaczone na zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń bez wpływu na jakość zabiegów i uzyskiwane efekty zdrowotne. W niniejszym rozdziale przedstawiono oszacowania korzyści finansowych z jakimi wiązać będzie się wprowadzenie powyższych zmian, a także oszacowania liczby dodatkowych zabiegów usunięcia zaćmy i witrektomii jakie będą mogły być wykonane po racjonalizacji zasad finansowania tych zabiegów.

### 6.1. Zmiany finansowania dotyczące zabiegów usunięcia zaćmy

Zabiegi usunięcia zaćmy w katalogu JGP podzielone są za względu na technikę przeprowadzania zabiegu:

- wykonywane metodą emulsyfikacji (grupy B12, B13),
- wykonywane metodami innymi niż emulsyfikacja (grupy B14, B15).

Zabiegi przeprowadzane metodą emulsyfikacji stanowią 97% wszystkich wykonywanych zabiegów, zarówno w ujęciu ilościowym jak i wartościowym (Tabela 36). Stosowanie metod innych niż emulsyfikacja podyktowane jest przede wszystkim specyficznym stanem klinicznym chorego. W przeprowadzonej analizie skupiono się zatem wyłącznie na zmianie wyceny i trybu przeprowadzania zabiegów przeprowadzanych metodą emulsyfikacji.

**Tabela 36.**  
**Zabiegi usunięcia zaćmy metodą emulsyfikacji – grupy B12–B15**

JGP	Charakterystyka JGP	Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji	Łączna wartość hospitalizacji	Udział w kosztach B12–B15
B12–B13	Usunięcie zaćmy metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	160 007	3 183 zł	509 mln zł	97%
B14–B15	Usunięcie zaćmy metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	5 629	2 753 zł	15 mln zł	3%
B12–B15	Usunięcie zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	165 636	3 168 zł	525 mln zł	100%

### 6.1.1. Stan aktualny

Zabiegi usunięcia zaćmy metodą emulsyfikacji, finansowane obecnie ze środków publicznych, mogą być wykonywane w jednym z trzech trybów: hospitalizacja, hospitalizacja planowa oraz leczenie jednego dnia (charakterystyka trybów przeprowadzenia zabiegów została zamieszczona w rozdziale 3.1).

62% wszystkich zabiegów usunięcia zaćmy metodą emulsyfikacji to zaćma niepowikłana (rozliczanych jest jako zaćma niepowikłana). Biorąc pod uwagę liczbę zabiegów zrealizowanych w trybie hospitalizacji, hospitalizacji planowej oraz leczenia jednego dnia można wyznaczyć przeciętny koszt hospitalizacji związanej z usunięciem zaćmy. Średni koszt NFZ zabiegu przeprowadzanego w zaćmie powikłanej wyniósł w 2010 roku 3527 zł, a średni koszt dla zaćmy niepowikłanej wyniósł 3006 zł (Tabela 37).

**Tabela 37.**  
**Usunięcie zaćmy metodą emulsyfikacji – grupy B12, B13**

Kod JGP	Opis JGP	Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji	Łączna wartość hospitalizacji	Udział w kosztach B12–B13
B12	Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	54 314	3 527 zł	192 mln zł	38%
B13	Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	105 693	3 006 zł	318 mln zł	62%
B12–B13	Usunięcie zaćmy metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	160 007	3 183 zł	509 mln zł	100%

Wartość umów zawartych w 2010 roku na zabiegi usunięcia zaćmy (grupy B12–B15) wyniosła 526 mln zł. 16% wartości kontraktów stanowiły umowy dotyczące zabiegów przeprowadzanych w trybie jednego dnia (Tabela 38). Biorąc pod uwagę, że wycena świadczeń wykonywanych w trybie jednego dnia jest niższa niż w innych trybach – w przypadku zaćmy o ok. 10% – odsetek zabiegów przeprowadzanych przez świadczeniodawców posiadających umowy na leczenie jednego dnia wynosi szacunkowo ok. 20%. Według statystyk JGP w ok. 30% przypadków czas pobytu w szpitalu wynosi 0 dni. Wynika stąd, że 10% zabiegów jest przeprowadzanych w ciągu jednego dnia i rozliczanych w ramach umów na hospitalizację lub hospitalizację planową.

Tabela 38.

Podział zabiegów usunięcia zaćmy metodą emulsyfikacji ze względu na tryb przeprowadzania zabiegu (2010)

JGP	Hospitalizacja	Hospitalizacja planowa	Leczenie jednego dnia
B12-B15	371 mln zł	74 mln zł	82 mln zł
Udział	70%	14%	16%

### 6.1.2. Możliwości obniżenia wyceny zabiegów usunięcia zaćmy

Porównanie cen zabiegów usunięcia zaćmy w gabinetach prywatnych (rozdział 10.4), cen z innych państw (rozdział 5.5, 10.2) oraz wyceny świadczeń, według której przeprowadzane są rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia pozwala podejrzewać, że wycena określona przez NFZ może zostać obniżona bez narażenia świadczeniodawców na straty wynikające z konieczności pokrywania kosztów zabiegów. Takie stwierdzenia pojawiają się także w mediach, a specjaliści nie zaprzeczają tym sugestiom. Fakty przemawiające za takim stanem rzeczy powinny skłonić decydentów do racjonalizacji wydatków. W dalszej części rozdziału przedstawiono wyniki obliczeń pokazujące potencjalne oszczędności związane z obniżeniem wyceny zabiegów usunięcia zaćmy, które mogą stanowić punkt wyjścia do dalszych analiz w tym zakresie. Ze względu na niekompletność danych, na podstawie których zostały przeprowadzone dalsze obliczenia (NFZ nie publikuje szczegółowych sprawozdań dotyczących rozliczanych świadczeń) przedstawione wyniki mają charakter szacunkowy.

Na potrzeby obliczeń przyjęto założenie, że proporcje pomiędzy liczbą zabiegów wykonywanych w poszczególnych trybach (hospitalizacja, hospitalizacja planowa, leczenie jednego dnia) i grupach JGP (B12, B13) zostaną zachowane, a względne obniżenie wyceny (odsetek ceny obecnej) jest jednakowe dla wszystkich świadczeń. bez względu na tryb zabiegu oraz grupę JGP.

Oszczędności w przypadku obniżenia wyceny zabiegów usunięcia zaćmy metodą emulsyfikacji oraz liczbę dodatkowych zabiegów możliwych do przeprowadzenia dzięki wygenerowanym oszczędnościom zaprezentowano w Tabeli 39 i na Wykres 31. Zmniejszenie wyceny grup B12–B13 o 10% spowoduje uwolnienie środków w wysokości 51 mln zł. Za taką kwotę można przeprowadzić blisko 18 tys. dodatkowych zabiegów, co pozwoli na zaspokojenie potrzeb 6% pacjentów oczekujących na usunięcie zaćmy. Spowoduje to także wzrost wskaźnika liczby zabiegów na 100 tys. mieszkańców (CSR) z poziomu 434 do 480. Obniżenie wyceny o 20% to dodatkowe 102 mln zł, za które sfinansować można 40 tys. zabiegów usunięcia zaćmy – u 13% osób oczekujących na zabieg. Wskaźnik CSR wyniesie w takim przypadku 539.

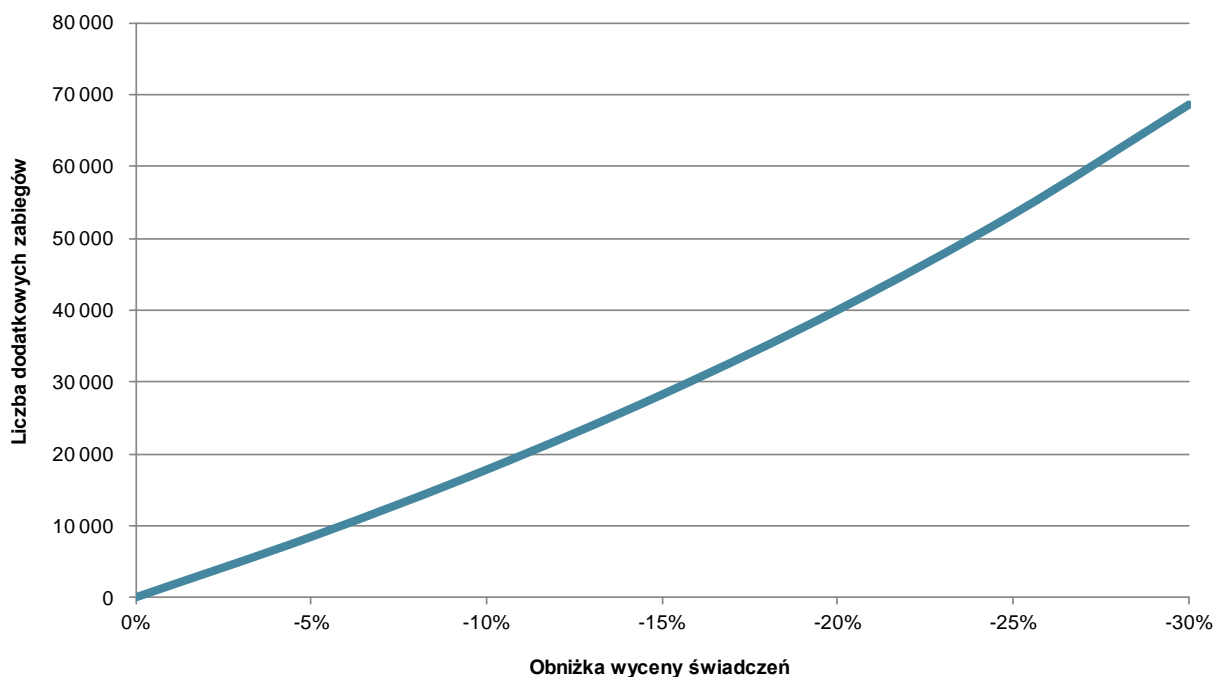
W przedstawionych oszacowaniach nie uwzględniono konieczności zwiększenia liczby personelu, zakupu nowego sprzętu czy też zwiększenia powierzchni wynajmowanych pomieszczeń w związku ze zwiększeniem liczby zabiegów. Zdaniem prof. Żarnowskiego (wypowiedź z posiedzenia komisji senackiej z czerwca 2011 roku dotyczącego leczenia zaćmy w Polsce) przy obecnych zasobach (personel, sprzęt itp.) możliwe jest przeprowadzanie o ok. 30% większej liczby zabiegów usunięcia zaćmy, niż ma to miejsce obecnie (czyli ok. 50 tys. zabiegów więcej).

**Tabela 39.**  
**Obniżenie wyceny zabiegów usunięcia zaćmy – potencjalne oszczędności/dodatkowe zabiegi**

Wysokość obniżki	Oszczędności <sup>a</sup>	Dodatkowe zabiegi <sup>b</sup>	Łączna liczba zabiegów <sup>c</sup>	Liczba zabiegów na 1 mln mieszkańców
0%	0,0 mln zł	0	165 636	4 338
-5%	25,5 mln zł	8 421	174 057	4 558
-10%	50,9 mln zł	17 779	183 415	4 803
-15%	76,4 mln zł	28 237	193 873	5 077
-20%	101,9 mln zł	40 002	205 638	5 385
-25%	127,3 mln zł	53 336	218 972	5 734
-30%	152,8 mln zł	68 574	234 210	6 133

a) wykorzystane na realizację dodatkowych zabiegów; b) dotyczy tylko zabiegów wykonywanych metodą emulsyfikacji; c) dotyczy wszystkich zabiegów usunięcia zaćmy, bez względu na zastosowaną metodę

**Wykres 31.**  
**Obniżenie wyceny zabiegów usunięcia zaćmy – potencjalne oszczędności/dodatkowe zabiegi**



### 6.1.3. Efekty i możliwości zwiększenia odsetka zabiegów przeprowadzanych w trybie jednodniowym

Sytuacja w Polsce pod względem częstości wykonywania zabiegów usunięcia zaćmy w ciągu jednego dnia znacząco odbiega od sytuacji w wysoko rozwiniętych państwach europejskich i standardów postępowania na świecie. Zgodnie z praktyką w innych krajach oraz według opinii ekspertów, odsetek kilkudniowych hospitalizacji związanych z tym zabiegiem powinien wynosić nie więcej niż 10–20%, gdyż w pozostałych przypadkach nie ma wskazań medycznych do dłuższego pobytu pacjenta na oddziale. Potwierdzają to dane z państw, w których odsetek zabiegów wykonywanych w trybie jednego dnia przekracza 90% (rozdział 5.3). W Polsce zaledwie co 5. zabieg wykonywany jest w trybie jednego dnia.

Aby zobrazować nieracjonalność obecnych rozwiązań przeprowadzono obliczenia mające na celu oszacowanie oszczędności, jakie mogłyby wynikać ze skrócenia przeciętnego czasu pobytu w szpitalu, tj. ze zwiększenia udziału zabiegów usunięcia zaćmy przeprowadzanych w trybie jednego

dnia. Oprócz wyznaczenia oszczędności obliczono także, ile dodatkowych zabiegów można by wykonać po racjonalizacji trybu ich wykonywania. Wyniki przedstawiono w Tabeli 40 i na Wykres 32.

Obecne zasady rozliczania świadczeń (dane za 2010 rok) – 18% zabiegów wykonywanych w trybie hospitalizacji jednego dnia – pozwoliły na przeprowadzenie 165,6 tys. zabiegów. Zgodnie ze statystykami JGP pobyt w szpitalu długości 0 dni raportowany był dla 32% zabiegów. Gdyby taki odsetek zabiegów rozliczyć zgodnie z wyceną obowiązującą dla hospitalizacji jednego dnia, pozwoliłoby to na uzyskanie 7,2 mln zł oszczędności, za które można by przeprowadzić dodatkowe 2,3 tys. zabiegów. Gdyby z kolei zbliżyć się do standardów europejskich i 90% zabiegów przeprowadzać w trybie hospitalizacji jednego dnia – bądź też rozliczać zgodnie z wyceną obowiązującą dla tego trybu – oszczędności wyniosłyby 38 mln zł, co pozwoliłoby przeprowadzić dodatkowo 12,7 tys. zabiegów (u ok. 4% chorych oczekujących na zabieg). Wpływ wprowadzenia takiej zmiany na zwiększenie dostępności do świadczeń jest mniejszy niż zmiana wyceny hospitalizacji, wynika to z względnie niewielkiej (ok. 10%) różnicy w wycenie zabiegów wykonywanych w trybie hospitalizacji jednego dnia i pozostałych trybach (rozdział 3.3).

**Tabela 40.**  
**Usunięcie zaćmy – zwiększenie odsetka zabiegów jednodniowych – potencjalne oszczędności/dodatkowe zabiegi**

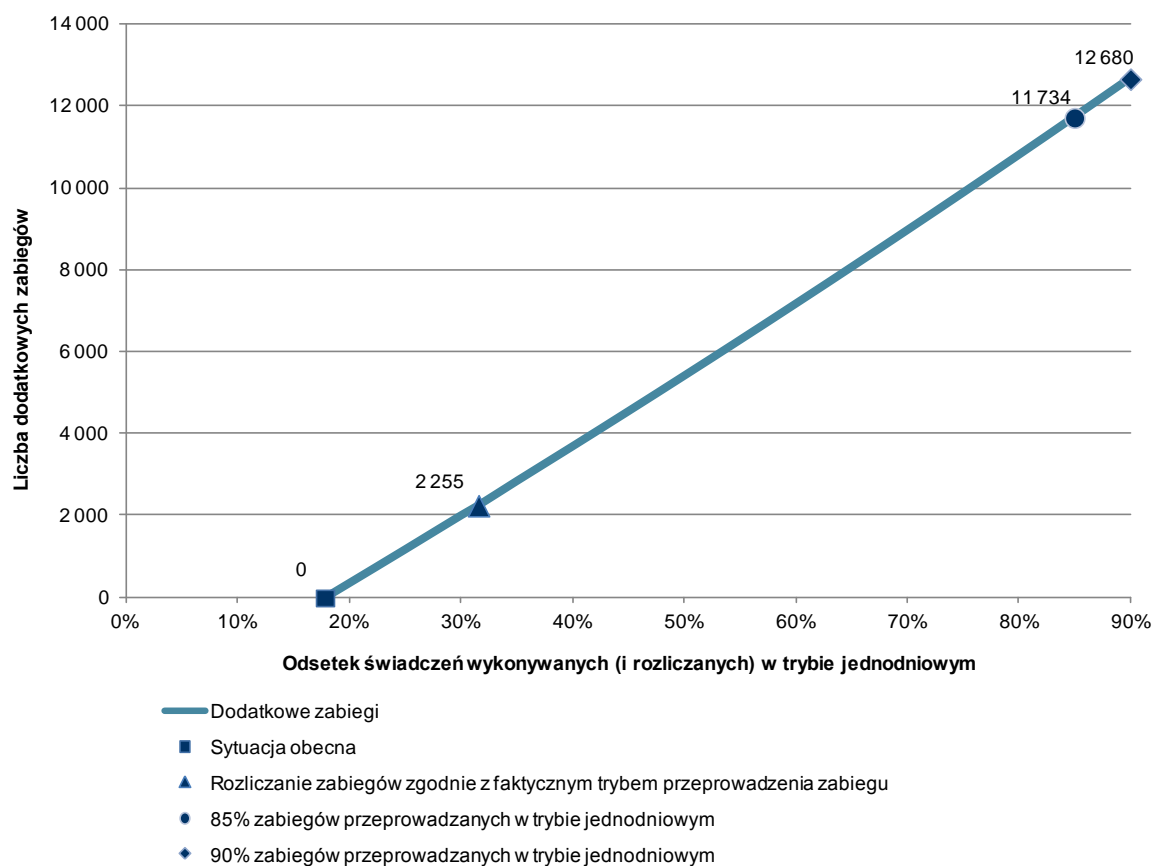
Odsetek zabiegów w trybie jednodniowym	Oszczędności <sup>a</sup>	Dodatkowe zabiegi <sup>b</sup>	Łączna liczba zabiegów <sup>c</sup>	Liczba zabiegów na 1 mln mieszkańców
18%	0,0 mln zł	0	165 636	4 338
20%	-1,2 mln zł	358	165 994	4 347
25%	-3,8 mln zł	1 179	166 815	4 368
30%	-6,4 mln zł	2 007	167 643	4 390
32%	-7,2 mln zł	2 255	167 891	4 397
35%	-9,0 mln zł	2 845	168 481	4 412
40%	-11,7 mln zł	3 692	169 328	4 434
45%	-14,3 mln zł	4 547	170 183	4 457
50%	-16,9 mln zł	5 412	171 048	4 479
55%	-19,5 mln zł	6 286	171 922	4 502
60%	-22,2 mln zł	7 169	172 805	4 525
65%	-24,8 mln zł	8 062	173 698	4 549
70%	-27,4 mln zł	8 965	174 601	4 572
75%	-30,0 mln zł	9 878	175 514	4 596
80%	-32,7 mln zł	10 801	176 437	4 620

Odsetek zabiegów w trybie jednodniowym	Oszczędności <sup>a</sup>	Dodatkowe zabiegi <sup>b</sup>	Łączna liczba zabiegów <sup>c</sup>	Liczba zabiegów na 1 mln mieszkańców
85%	-35,3 mln zł	11 734	177 370	4 645
90%	-37,9 mln zł	12 680	178 316	4 670

a) wykorzystane na realizację dodatkowych zabiegów; b) dotyczy tylko zabiegów wykonywanych metodą emulsyfikacji; c) dotyczy wszystkich zabiegów usunięcia zaćmy, bez względu na zastosowaną metodę

**Wykres 32.**

**Usunięcie zaćmy – zwiększenie odsetka zabiegów jednodniowych – potencjalne oszczędności/dodatkowe zabiegi**



#### 6.1.4. Efekty obniżenia wyceny świadczeń i zwiększenia odsetka zabiegów przeprowadzanych w trybie jednodniowym

Optymalne rozwiązanie zmiany zasad finansowania zabiegów zaćmy, przyczyniające się do zwiększenia liczby wykonywanych zabiegów, powinno łączyć oba aspekty omówione w poprzednich rozdziałach, tj. obniżenie wyceny świadczeń (rozdział 5.5) oraz zwiększenie odsetka zabiegów



wykonywanych w trybie jednodniowym (rozdział 5.3). W dalszej części rozdziału przedstawiono wyniki – oszczędności i liczbę dodatkowych zabiegów – uzyskane w przypadku podjęcia działań obejmujących oba wspomniane powyżej obszary jednocześnie. Przyjęto założenie, że wycena świadczeń zostanie obniżona o 5–30%, natomiast odsetek zabiegów przeprowadzanych w trybie jednodniowym wzrośnie do 85-90%.

Obniżenie wyceny świadczeń o 5% i zwiększenie odsetka zabiegów przeprowadzanych w trybie jednodniowym do 85% wygenerowałyby oszczędności na poziomie 59 mln zł (11% środków przeznaczonych na chirurgię zaćmy). Dysponując takimi środkami finansowymi możliwe byłoby przeprowadzenie dodatkowo ok. 21 tys. zabiegów – czyli o 12% więcej niż wykonano. Kolejka skrócona zostałaby o ok. 7%, a współczynnik CSR wzrósłby z poziomu 4348 do 4879.

Obniżenie wyceny świadczeń o 15% i zwiększenie odsetka zabiegów przeprowadzanych w trybie jednodniowym do 85% wygenerowałyby oszczędności na poziomie 106 mln zł (20% środków przeznaczonych na chirurgię zaćmy). Dysponując takimi środkami finansowymi możliwe byłoby przeprowadzenie dodatkowo ok. 42 tys. zabiegów – czyli o 25% więcej niż wykonano. Kolejka skrócona zostałaby o ok. 14%, a współczynnik CSR wzrósłby z poziomu 4348 do 5433 (średnia wartość w państwach Unii Europejskiej wynosi 7652).

Obniżenie wyceny świadczeń o 30% i zwiększenie odsetka zabiegów przeprowadzanych w trybie jednodniowym do 85% wygenerowałyby oszczędności na poziomie 177 mln zł (34% środków przeznaczonych na chirurgię zaćmy). Dysponując takimi środkami finansowymi możliwe byłoby przeprowadzenie dodatkowo ok. 85 tys. zabiegów – czyli o 51% więcej niż wykonano. Kolejka skrócona zostałaby o ok. 28%, a współczynnik CSR wzrósłby z poziomu 4348 do 6561.

W przypadku zwiększenia odsetka zabiegów przeprowadzanych w trybie jednodniowym do 90% oraz obniżki wyceny świadczeń w analizowanym zakresie, generowane oszczędności i liczba możliwych do przeprowadzenia dodatkowo zabiegów byłyby nieznacznie wyższe niż odpowiednie wartości opisane powyżej (szczegóły w Tabeli 41).

To wszystko można osiągnąć bez zwiększania środków przeznaczonych na finansowanie okulistyki.

Tabela 41.

Usunięcie zaćmy – zwiększenie odsetka zabiegów jednodniowych/obniżenie wyceny świadczeń – potencjalne oszczędności/dodatkowe zabiegi

Obniżenie wyceny	Oszczędności <sup>a</sup>	Dodatkowe zabiegi <sup>b</sup>	Łączna liczba zabiegów <sup>c</sup>	Liczba zabiegów na 1 mln mieszkańców
<b>Wzrost odsetka zabiegów przeprowadzanych w trybie jednodniowym do 85%</b>				
5%	-58,8 mln zł	20 666	186 302	4 879
10%	-82,5 mln zł	30 657	196 293	5 140
15%	-106,2 mln zł	41 823	207 459	5 433
20%	-129,9 mln zł	54 385	220 021	5 762
25%	-153,6 mln zł	68 622	234 258	6 135
30%	-177,4 mln zł	84 893	250 529	6 561
<b>Wzrost odsetka zabiegów przeprowadzanych w trybie jednodniowym do 90%</b>				
5%	-61,3 mln zł	21 657	187 293	4 905
10%	-84,9 mln zł	31 703	197 339	5 168
15%	-108,5 mln zł	42 930	208 566	5 462
20%	-132,0 mln zł	55 562	221 198	5 793
25%	-155,6 mln zł	69 877	235 513	6 167
30%	-179,2 mln zł	86 237	251 873	6 596

a) wykorzystane na realizację dodatkowych zabiegów; b) dotyczy tylko zabiegów wykonywanych metodą emulsyfikacji; c) dotyczy wszystkich zabiegów usunięcia zaćmy, bez względu na zastosowaną metodę

### 6.1.5. Efekty wprowadzenia jednakowej wyceny świadczeń bez względu na tryb hospitalizacji

Zrównanie wyceny świadczeń realizowanych w ramach umów hospitalizacja, hospitalizacja planowa oraz leczenie jednego dnia poprzez obniżenie jej do poziomu odpowiadającego leczeniu jednego dnia spowodowałoby oszczędności na poziomie 43,7 mln zł względem obowiązującej wyceny. Taka ilość dodatkowych środków finansowych wystarczyłaby na sfinansowanie 14,8 tys. dodatkowych zabiegów usunięcia zaćmy i przyczyniłaby się do wzrostu współczynnika CSR o 9% do poziomu 4724 (Tabela 42).

Tabela 42.

Usunięcie zaćmy – wprowadzenia jednakowej wyceny świadczeń bez względu na tryb hospitalizacji (zgodnej z wyceną zabiegów przeprowadzanych w trybie jednodniowym)

Oszczędności <sup>a</sup>	Dodatkowe zabiegi <sup>b</sup>	Łączna liczba zabiegów <sup>c</sup>	Liczba zabiegów na 1 mln mieszkańców
-43,7 mln zł	14 752	180 388	4 724

a) wykorzystane na realizację dodatkowych zabiegów; b) dotyczy tylko zabiegów wykonywanych metodą emulsyfikacji; c) dotyczy wszystkich zabiegów usunięcia zaćmy, bez względu na zastosowaną metodę

## 6.2. Zmiany finansowania dotyczące witrektomii

### 6.2.1. Stan aktualny

Zabiegi z wykonaniem witrektomii, finansowane obecnie ze środków publicznych, wykonywane mogą być w jednym z trzech trybów: hospitalizacja, hospitalizacja planowa oraz leczenie jednego dnia. (charakterystyka trybów przeprowadzenia zabiegów została zamieszczona w rozdziale 3.1). W zależności od umowy, jaką świadczeniodawca zawarł z NFZ na świadczenia w zakresie okulistyki, kwota finansowania za zabieg z wykonaniem witrektomii wynosiła w 2010 roku od 6,4 do 8,3 tys. zł (Tabela 43). Analogiczne zabiegi u prywatnych świadczeniodawców kosztują od 5,6 do 8,2 tys. zł (rozdział 10.4), co świadczy o potencjale obniżenia wyceny zabiegu przez NFZ.

Tabela 43.

Wycena zabiegów z wykonaniem witrektomii – grupy B16-B17

Grupa JGP	Nazwa	Wycena		
		Hospitalizacja	Hospitalizacja planowa	Leczenie jednego dnia
B16	Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne	8 313	7 905	7 497
B17	Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne	7 140	6 783	6 426

W 2010 roku wykonano w Polsce 11 581 zabiegów witrektomii, które zostały sfinansowane ze środków publicznych. Zabiegi z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny stanowiły 52% zabiegów, natomiast zabiegi bez użycia oleju silikonowego lub dekaliny – 48%. Średnia kwota finansowania hospitalizacji związanej z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny wyniosła

8231 zł, natomiast kwota dla witrektomii bez użycia oleju silikonowego lub dekaliny wyniosła 7070 zł (Tabela 44).

**Tabela 44.**  
**Usunięcie zaćmy metodą emulsyfikacji – statystyki JGP**

Kod JGP	Nazwa JGP	Liczba wystąpień	Średnia wartość hospitalizacji	Łączna wartość hospitalizacji	Udział w łącznych kosztach B16-B17
B16	Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne	5 533	8 231 zł	45,5 mln zł	51,6%
B17	Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne	6 048	7 070 zł	42,8 mln zł	48,4%
B16-B17	Zabiegi z wykonaniem witrektomii	11 581	7 669 zł	88,3 mln zł	100,0 %

### 6.2.2. Możliwość obniżenia wyceny witrektomii

Podobnie jak w przypadku zabiegów usunięcia zaćmy, porównanie kosztów witrektomii wykonywanej przez prywatnych świadczeniodawców z wyceną świadczeń przez NFZ sugeruje opłacalność wykonywania tych zabiegów przez podmioty posiadające umowy z Funduszem.

Na potrzeby obliczeń przyjęto założenie, że proporcje pomiędzy liczbą zabiegów wykonywanych w ramach poszczególnych umów (hospitalizacja, hospitalizacja planowa, leczenie jednego dnia) i grupach JGP (B16, B17) zostaną zachowane, a względne obniżenie wyceny (odsetek ceny obecnej) będzie jednakowe dla wszystkich świadczeń, bez względu na tryb zabiegu oraz grupę JGP.

Oszczędności w przypadku obniżenia wyceny zabiegów witrektomii oraz liczbę dodatkowych zabiegów możliwych do przeprowadzenia dzięki wygenerowanym oszczędnościom zaprezentowano w Tabeli 45 i na Wykres 33.

Zmniejszenie wyceny grup B16–B17 o 10% spowoduje uwolnienie środków w wysokości blisko 9 mln zł. Za taką kwotę można przeprowadzić ok. 1,3 tys. dodatkowych zabiegów (Tabela 45).

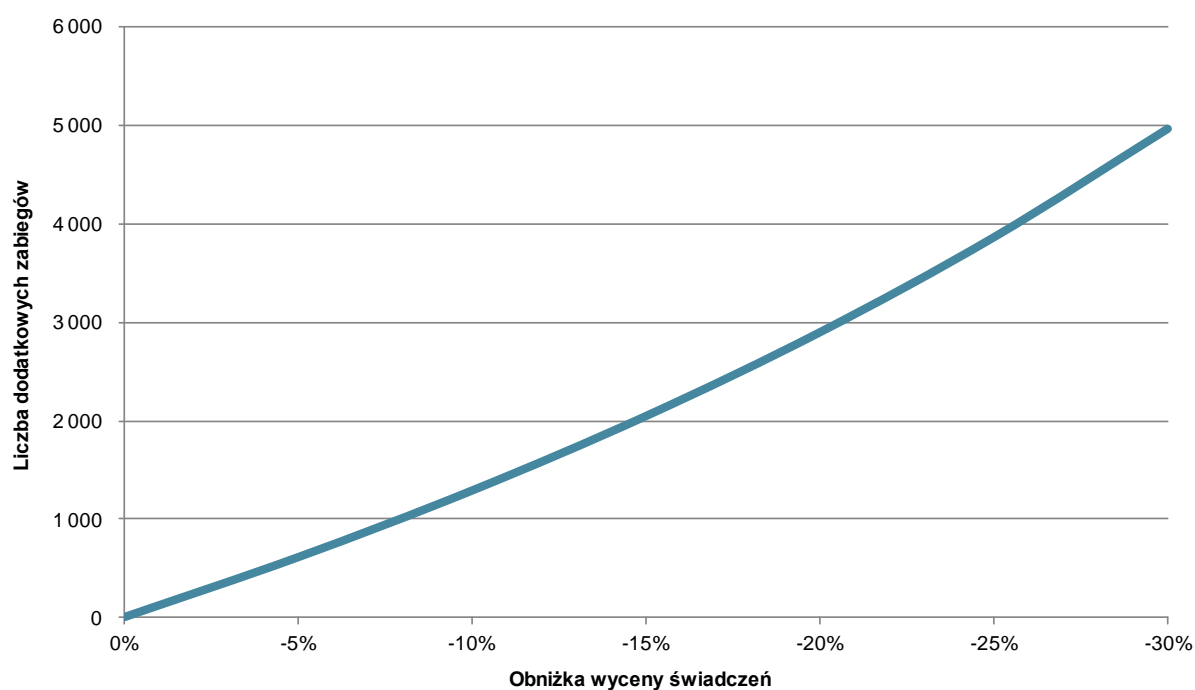
W przedstawionych oszacowaniach nie uwzględniono konieczności zwiększenia liczby personelu, zakupu nowego sprzętu czy też zwiększenia powierzchni wynajmowanych pomieszczeń w związku ze zwiększeniem liczby zabiegów.

**Tabela 45.**  
**Obniżenie wyceny zabiegów witrektomii – potencjalne oszczędności/dodatkowe zabiegi**

Wysokość obniżki	Oszczędności <sup>a</sup>	Dodatkowe zabiegi	Łączna liczba zabiegów
0%	0,0 mln zł	0	11 581
-5%	-4,4 mln zł	610	12 191
-10%	-8,8 mln zł	1 287	12 868
-15%	-13,2 mln zł	2 044	13 625
-20%	-17,7 mln zł	2 895	14 476
-25%	-22,1 mln zł	3 860	15 441
-30%	-26,5 mln zł	4 963	16 544

a) wykorzystane na realizację dodatkowych zabiegów

**Wykres 33.**  
**Obniżenie wyceny zabiegów witrektomii – potencjalne oszczędności/dodatkowe zabiegi**



## 7. PODSUMOWANIE

Opieka okulistyczna jest istotnym elementem systemu ochrony zdrowia każdego państwa o szczególnym znaczeniu dla chorych, gdyż zmysł wzroku jest najważniejszym zmysłem człowieka. Wzrok odgrywa zasadniczą rolę w funkcjonowaniu indywidualnym i społecznym człowieka, a negatywne skutki upośledzenia widzenia dotyczą zarówno samego chorego, jego bliskich, jak i całe społeczeństwo. W Australii obliczono, że każdy dolar wydany na okulistykę przynosi 5 dolarów oszczędności w wydatkach zdrowotnych i socjalnych.

Niewłaściwe wykorzystywanie środków publicznych przeznaczanych na okulistykę w Polsce znajduje odzwierciedlenie w licznych głosach lekarzy okulistów, wskazujących w swych wypowiedziach na ułomności obecnie funkcjonującego systemu i konieczność wprowadzenia zmian. Przedstawione w niniejszym opracowaniu dane pokazują, że środki przeznaczane na leczenie okulistyczne w Polsce nie są wykorzystywane we właściwy sposób. Przy ograniczonych możliwościach finansowych, które nie pozwalają na zaspokojenie obecnych potrzeb osób ze schorzeniami okulistycznymi, optymalizacja sposobu gospodarowania dostępnymi środkami jest kwestią szczególnie istotną.

Wady systemowe widoczne są już na etapie ustalania warunków realizacji świadczeń okulistycznych, wymagań stawianych potencjalnym świadczeniodawcom przez NFZ i MZ oraz kryteriów ich rankingowania. Niewłaściwie określone zasady przyznawania środków publicznych skutkują nierównym dostępem do świadczeń okulistycznych dla pacjentów z różnych województw oraz nieefektywnym wydatkowaniem środków w ramach województw. Również sama wycena świadczeń okulistycznych, w tym konstrukcja katalogu JGP, nie jest pozbawiona wad, które prowadzą do marnotrawienia środków publicznych.

Nieprawidłowości w wymienionych powyżej obszarach mają miejsce w sytuacji, gdy zespół ekspertów ustalających wycenę świadczeń, wymagania kontraktowe, algorytmy przyznawania środków publicznych oraz kryteria rankingowania świadczeniodawców jest anonimowy, a oficjalne wytyczne, czy też standardy postępowania w chorobach oczu w Polsce nie istnieją. Brakuje ponadto norm oraz dostatecznej kontroli jakości w chirurgii okulistycznej. Nie ma sformalizowanego szkolenia w ramach podspecjalizacji, a w trakcie specjalizacji praktycznie nie ma szkolenia chirurgicznego. Wiele do życzenia pozostawia także poziom edukacji pacjentów oraz możliwości pozyskania przez chorych rzetelnej informacji. W efekcie, wielu chorych jest suboptymalnie leczonych, a w wielu szpitalach liczba poważnych powikłań przekracza wielokrotnie światowe statystyki.

Wspomniane powyżej problemy dotyczą w szczególności najczęściej wykonywanego zabiegu okulistycznego (i jednego z najczęściej wykonywanych zabiegów medycznych w ogóle), jakim jest zabieg usunięcia zaćmy. Pomimo odpowiedniej infrastruktury, wystarczającej liczby okulistów i przeznaczania znacznych środków publicznych, Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie pod względem liczby operacji zaćmy na milion ludności. Środki na leczenie zaćmy nie są przekazywane tam, gdzie chorzy chcą się operować, ale na podstawie wątpliwej jakości algorytmów i rankingów, do podmiotów nowych, lub z niewielką liczbą oczekujących pacjentów. Podczas gdy standardem na świecie jest wykonywanie zabiegu w trybie jednodniowym, w Polsce z nieznanymi bliżej przyczyn, większość zabiegów finansowanych ze środków publicznych przeprowadzana jest w ramach hospitalizacji i hospitalizacji planowych, generujących większe koszty (i niestety nieracjonalnie – z perspektywy interesu chorych – wycenionych wyżej) niż leczenie jednego dnia. Pojawiają się również liczne opinie specjalistów wskazujące na zbyt wysoką wycenę zabiegu usunięcia zaćmy w katalogu JGP. Jednocześnie zbyt wiele środków przeznaczanych jest na często niepotrzebne hospitalizacje zachowawcze, których wycena jest nieproporcjonalnie wysoka do kosztów większości realizowanych w ich ramach świadczeń. Oczekuje się, że podjęte przez NFZ w tym kierunku działania zaowocują pożądanymi zmianami.

Poprawa niekorzystnej sytuacji – bez konieczności zwiększania środków przeznaczanych na leczenie okulistyczne – jest możliwa. W tym celu należałoby zoptymalizować wycenę i sposób dystrybucji środków dostępnych obecnie. Przy przyznawaniu kontraktów uwzględniane powinny być kolejki pacjentów oczekujących na świadczenia w poszczególnych placówkach – pieniądze powinny iść „za chorym”, a nie „przed chorym”. Wycena świadczeń, wymagania kontraktowe i kryteria oceny świadczeniodawców powinny być opracowane przez konsultanta krajowego z udziałem znanych ekspertów, nie zaś anonimowo, a stosowane zasady rozdziału środków powinny być przejrzyste. Należałoby ponadto maksymalnie ograniczyć liczbę hospitalizacji zachowawczych, będących źródłem największego marnotrawstwa środków. Postuluje się również wprowadzenie standardów postępowania oraz poprawę kontroli jakości świadczeń okulistycznych, co stanowić powinno podstawową troskę nadzoru krajowego i MZ.

Mając na uwadze znaczenie opieki okulistycznej, zarówno z punktu widzenia pojedynczych chorych dotkniętych chorobami oczu, jak i całego społeczeństwa, przedstawione w niniejszym dokumencie informacje odnośnie wadliwej wyceny i organizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki w Polsce powinny wzbudzić zaniepokojenie osób odpowiedzialnych za organizację wspomnianych świadczeń i właściwą dystrybucję przeznaczanych na ich realizację środków publicznych. Podjęte powinny zostać kroki mające na celu poprawę jakości i dostępności opieki zdrowotnej w zakresie okulistyki w Polsce co, jak wykazano, możliwe jest do uzyskania bez ponoszenia dodatkowych

kosztów w systemie przy zachowaniu należytej jakości oraz dostępności świadczeń okulistycznych dla pacjentów.



## 8. BIBLIOGRAFIA

1. Paplinska M. Konsekwencje wynikające z braku wzroku. [http://www.adaptacje.uw.edu.pl/publikacje/edukacja/3\\_os\\_niewidome\\_i\\_slabowidz.html](http://www.adaptacje.uw.edu.pl/publikacje/edukacja/3_os_niewidome_i_slabowidz.html) (2.3.2012).
2. Pascolini D, Mariotti SP. Global estimates of visual impairment: 2010. *British Journal of Ophthalmology*. 2011;
3. Zapis stenograficzny (2273) z 128. posiedzenia Komisji Zdrowia w dniu 14 czerwca 2011 r. <http://ie.senat.gov.pl/k7/kom/kz/2011/128z.htm> (15.3.2012).
4. Zagórski Z. Dostęp do nowoczesnych procedur okulistycznych w Polsce. Prezentacja przedstawiona w dniu 16 IX 2011 na seminarium pt. „Innowacje w okulistyce - ocena dostępności do świadczeń”, zorganizowanym przez fundację Watch Health Care. <http://www.korektorzdrowia.pl/cms/Konferencje/Zrealizowane-seminaria/Innowacje-w-Okulistyce/Materia%C5%82y-do-pobrania/prof--Zagorski-Dostep-do-nowoczesnych-procedur-okulistyki.aspx> (16.3.2012).
5. Rusin P, Majsterek I. Molekularne podstawy retinopatii cukrzycowej. *Postępy Hig Med Dosw.* 2007; (61):786–796.
6. Wady refrakcji. Dr Sylwia Szewczyk. <http://www.okulistawokolicy.com/pl/Wada,refrakcji,articles,25.html> (8.3.2012).
7. Care of the Adult Patient with Cataract. Optometric Clinical Practice Guideline. <http://www.aoa.org/documents/CPG-8.pdf> (6.3.2012).
8. Glaucoma. American Optometric Association. <http://www.aoa.org/Glaucoma.xml> (6.3.2012).
9. AMD - zwyrodnienie plamki żółtej. <http://www.optometria.info.pl/bielawski/index.php?go=amd> (6.3.2012).
10. GUS. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. [http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_658\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_658_PLK_HTML.htm) (2.3.2012).
11. Archiwum GUS. Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r. [http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_658\\_PLK\\_HTML.htm?action=show\\_archive](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_658_PLK_HTML.htm?action=show_archive) (2.3.2012).
12. Andel M, Grzeszczak W, Michalek J, i in. A multinational, multi-centre, observational, cross-sectional survey assessing diabetes secondary care in Central and Eastern Europe (DEPAC Survey). *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*. 2008; 25(10):1195–1203.
13. Badanie PolDiab. Część I. Analiza leczenia cukrzycy w Polsce. <http://czasopisma.viamedica.pl/dk/article/view/8581> (14.3.2012).
14. Larsson LI, Alm A, Bergenheim T, i in. Retinopathy in diabetic patients aged 15-50 years in the county of Umeå, Sweden. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*. 1999; 77(4):430–436.
15. Interpelacja w sprawie powodów nieuprawnionej rekomendacji przez NFZ leku niezarejestrowanego w okulistyce w leczeniu AMD (związanego z wiekiem zwyrodnieniowego zapalenia plamki żółtej). <http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/main/7A2D08BC> (19.3.2012).
16. Rynek zdrowia - Chorych przybywa, bo żyjemy dłużej. <http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Chorych-przybywa-bo-zyjemy-dluzej,52088.html> (8.3.2012).
17. Stanowisko RK nr 3/2/2010 z dnia 18 stycznia 2010. [http://www.aotm.gov.pl/assets/files/rada/rekomendacje\\_stanowiska/2010/R4-2010-AMD/stanowisko\\_RK\\_AOTM\\_3\\_2\\_2009\\_AMD\\_.pdf](http://www.aotm.gov.pl/assets/files/rada/rekomendacje_stanowiska/2010/R4-2010-AMD/stanowisko_RK_AOTM_3_2_2009_AMD_.pdf) (8.3.2012).
18. PZH. Badanie Chorobowości Szpitalnej. <http://www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm> (2.3.2012).
19. Narodowy Fundusz Zdrowia - statystyka JGP. <http://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/> (2.3.2012).
20. Naczelna Izba Lekarska - Centralny Rejestr Lekarzy. <http://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy> (16.3.2012).
21. Resnikoff S, Felch W, Gauthier T-M, i in. The number of ophthalmologists in practice and training worldwide: a growing gap despite more than 200 000 practitioners. *British Journal of Ophthalmology*. 2012;

22. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2010. [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL\\_zos\\_podst\\_dane\\_z\\_zakr\\_ochr\\_zdr\\_w\\_2009.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_zos_podst_dane_z_zakr_ochr_zdr_w_2009.pdf) (16.3.2012).
23. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q1490&ms=382&ml=pl&mi=409&mx=0&mt=&my=409&ma=09712> (21.12.2011).
24. Ustawa z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach. [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/koszyk\\_1590\\_u\\_30072009.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/koszyk_1590_u_30072009.pdf) (21.12.2011).
25. Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej nie finansowanych ze środków publicznych. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m037613781&ms=376&ml=pl&mi=378&mx=0&mt=&my=341&ma=02804>.
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&ms=383&ml=pl&mi=383&mx=0&mt=&my=635&ma=013528> (23.3.2012).
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms=0&ml=pl&mi=56&mx=0&mt=&my=131&ma=013529> (2.3.2012).
28. Zarządzenie Nr 93/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=3493> (21.12.2011).
29. Jednorodne Grupy Pacjentów. Podstawy systemu. [http://www.nfz.gov.pl/akademia/pliki/JGP\\_2\\_11\\_07\\_2010.pdf](http://www.nfz.gov.pl/akademia/pliki/JGP_2_11_07_2010.pdf) (20.3.2012).
30. Zarządzenie Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=4603> (21.12.2011).
31. Zarządzenie Nr 91/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2011 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=4712> (21.12.2011).
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&ms=383&ml=pl&mi=383&mx=0&mt=&my=767&ma=018308> (14.3.2012).
33. Zarządzenie 2/2008/DSOZ/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 stycznia 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie przyjęcia szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=3045> (21.12.2011).
34. Zarządzenie Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=3264> (21.12.2011).
35. Zarządzenie Nr 34/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2013 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=5508&szukana=34%2F2013> (6.9.2013).
36. Narodowy Fundusz Zdrowia - BIP - Informator o umowach. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=19&artnr=1483> (8.3.2012).
37. Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z dnia 15.07.2011 r.

- <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m111111&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=0&ma=017953>  
(16.3.2012).
38. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m111111&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=&ma=013998> (14.3.2012).
  39. Raport z przebiegu procesu kontraktowania oraz informacja o stanie zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2011 w województwie małopolskim. Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. Kraków, dnia 18 marca 2011 r. [http://www.nfz-krakow.pl/UserFiles/Raport\\_MOW\\_NFZ\\_12\\_04\\_11.pdf](http://www.nfz-krakow.pl/UserFiles/Raport_MOW_NFZ_12_04_11.pdf) (14.3.2012).
  40. Łanda K. Limitowanie świadczeń zdrowotnych a poczucie sprawiedliwości społecznej. HTA Audit 2008. <http://www.ceestahc.org/pliki/symp2008/landa.pdf> (16.3.2012).
  41. red. nauk. Łanda K, red. nauk. Władysiuk M, red. nauk. Kalbarczyk W. *Ubezpieczenia zdrowotne a koszyki świadczeń. Przegląd rozwiązań*. 2011.
  42. Watch Health Care. <http://www.korektorzdrowia.pl/> (16.3.2012).
  43. Narodowy Fundusz Zdrowia - Kolejki oczekujących. <https://kolejki.nfz.gov.pl/> (15.3.2012).
  44. Narodowy Fundusz Zdrowia - Listy oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=2&dzialnr=1&artnr=1156> (16.3.2012).
  45. Najczęściej popełniane błędy w sprawozdawczości z list oczekujących. [http://www.nfz-lodz.pl/?option=com\\_content&view=article&id=906:najczesciej-popeniane-bdy-w-sprawozdawczoci-z-list-oczekujacych&catid=35&Itemid=58](http://www.nfz-lodz.pl/?option=com_content&view=article&id=906:najczesciej-popeniane-bdy-w-sprawozdawczoci-z-list-oczekujacych&catid=35&Itemid=58) (5.4.2012).
  46. Przegląd Urologiczny - Jak skrócić listy oczekujących na zabiegi? <http://www.przeglad-urologiczny.pl/artukul.php?1678> (5.4.2012).
  47. Interpelacja nr 287 w sprawie wzrostu wydatków na świadczenia zdrowotne. <http://orka2.sejm.gov.pl/IZ7.nsf/main/62CAD9FC> (5.4.2012).
  48. Number of cataract surgeries, inpatient and day cases, per 100 000 population, 1998 and 2008 (or nearest year). OECD Health Data 2010 and Eurostat Statistics Database. <http://masetto.sourceoecd.org/vl=14235873/cl=12/nw=1/rpsv/home.htm> (16.3.2012).
  49. Behndig A, Montan P, Stenevi U, i in. One million cataract surgeries: Swedish National Cataract Register 1992-2009. *Journal of Cataract and Refractive Surgery*. 2011; 37(8):1539–1545.
  50. Odpowiedzi na oświadczenie złożone przez senatorów na 33. i 34. posiedzeniu Senatu. <http://ww2.senat.pl/k7/dok/sten/odp3334.pdf> (16.3.2012).
  51. Kieszowska-Knapik P. Możliwość pobierania opłat od pacjentów przez świadczeniodawców. Prezentacja przedstawiona w dniu 16 IX 2011 na seminarium pt. „Innowacje w okulistyce - ocena dostępności do świadczeń”, zorganizowanym przez fundację Watch Health Care. <http://www.korektorzdrowia.pl/cms/Konferencje/Zrealizowane-seminaria/Innowacje-w-Okulistyce/Materia%C5%82y-do-pobrania/mec--Kieszowska-Knapik-Mozliwosc-pobierania-op%C5%82at.aspx> (16.3.2012).
  52. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=2&dzialnr=5&artnr=3831> (16.3.2012).
  53. Kołodziejczyk W. Dostępność nowych technologii w chirurgii zaćmy. Prezentacja przedstawiona w dniu 16 IX 2011 na seminarium pt. „Innowacje w okulistyce - ocena dostępności do świadczeń”, zorganizowanym przez fundację Watch Health Care. <http://www.korektorzdrowia.pl/cms/Konferencje/Zrealizowane-seminaria/Innowacje-w-Okulistyce/Materia%C5%82y-do-pobrania/dr-Ko%C5%82odziejczyk-Dostepnosc-nowych-technologii-w-c.aspx> (16.3.2012).
  54. DRG Research Group Medizinisches Management. [http://drg.uni-muenster.de/index.php?option=com\\_webgrouper&Itemid=26&view=webgrouper](http://drg.uni-muenster.de/index.php?option=com_webgrouper&Itemid=26&view=webgrouper) (11.5.2012).
  55. Rynek zdrowia - Kardiologia interwencyjna: jest nowa wycena świadczeń. <http://www.rynekzdrowia.pl/Kardiologia/Kardiologia-interwencyjna-jest-nowa-wycena-swiadczen,117528,2.html> (16.3.2012).

56. Informacja o wczesnych powikłaniach po endoprotezoplastykach stawowych wykonanych w 2010 r. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=0&dzialnr=2&artnr=4677&b=1&szukana=powik%B3ania> (15.3.2012).
57. Żarnowski T. Doświadczenia konsultanta wojewódzkiego dotyczące kontraktów z NFZ. Prezentacja przedstawiona w dniu 16 IX 2011 na seminarium pt. „Innowacje w okulistyce - ocena dostępności do świadczeń”, zorganizowanym przez fundację Watch Health Care. <http://www.korektorzdrowia.pl/cms/Konferencje/Zrealizowane-seminaria/Innowacje-w-Okulistyce/Materia%C5%82y-do-pobrania/prof--Zarnowski-Doswiadczenia-konsultanta-wojewodz.aspx> (15.3.2012).
58. The Swedish National Cataract Register. <http://www.cataractreg.com/> (15.3.2012).
59. Narendran N, Jaycock P, Johnston RL, i in. The Cataract National Dataset electronic multicentre audit of 55 567 operations: risk stratification for posterior capsule rupture and vitreous loss. *Eye*. 2008; 23(1):31–37.
60. Jaycock P, Johnston RL, Taylor H, i in. The Cataract National Dataset electronic multi-centre audit of 55,567 operations: updating benchmark standards of care in the United Kingdom and internationally. *Eye (London, England)*. 2009; 23(1):38–49.
61. Johnston RL, Taylor H, Smith R, i in. The Cataract National Dataset electronic multi-centre audit of 55,567 operations: variation in posterior capsule rupture rates between surgeons. *Eye (London, England)*. 2010; 24(5):888–893.
62. Forum Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskich. <http://scop.org.pl/forum/viewtopic.php?t=26> (21.12.2011).
63. Łanda K. Wytyczne i standardy kliniczne - aktualna wiedza medyczna. [http://hta.pl/zalaczniki/publikacje/wytyczne\\_i\\_standardy\\_kliniczne.pdf](http://hta.pl/zalaczniki/publikacje/wytyczne_i_standardy_kliniczne.pdf) (16.3.2012).
64. Polskie Towarzystwo Okulistyczne. <http://www.pto.com.pl/> (16.3.2012).
65. Stowarzyszenie Chirurgów Okulistów Polskich. <http://www.scop.org.pl/> (16.3.2012).
66. Polskie Towarzystwo Profilaktyki Jaskry. <http://www.jaskra.org.pl> (16.3.2012).
67. Stowarzyszenie AMD - zwyrodnienie plamki związane z wiekiem. <http://amd.org.pl/index.php> (16.3.2012).
68. American Academy of Ophthalmology. <http://www.aao.org/> (16.3.2012).
69. European Glaucoma Society. <http://www.eugs.org/eng/default.asp> (16.3.2012).
70. The Royal College of Ophthalmologists. <http://www.rcophth.ac.uk/> (16.3.2012).
71. National Institute for Health and Clinical Excellence. <http://www.nice.org.uk/> (16.3.2012).
72. Practice Guidelines - American Academy of Ophthalmology. <http://one.aao.org/CE/PracticeGuidelines/default.aspx> (16.3.2012).
73. Terminology and guidelines for glaucoma (3rd edition). European Glaucoma Society. [http://www.eugs.org/eng/EGS\\_guidelines.asp](http://www.eugs.org/eng/EGS_guidelines.asp) (16.3.2012).
74. Clinical Guidelines - The Royal College of Ophthalmologists. <http://www.rcophth.ac.uk/page.asp?section=451&sectionTitle=Clinical+Guidelines> (16.3.2012).
75. Glaucoma: diagnosis and management of chronic open angle glaucoma and ocular hypertension. National Institute for Health and Clinical Excellence. <http://www.nice.org.uk/CG85> (16.3.2012).
76. Zaćmiona wiedza. Informacja prasowa. <http://www.leczeniezacmy.pl/artykuly/zobacz/120/zacmiona-wiedza> (16.3.2012).
77. Kokoszka A. Psychiatria dla niepsychiatrów - aby rozumieć i dobrze leczyć osoby z zaburzeniami psychicznymi. *Medycyna Praktyczna*. 2007(1):
78. Kokoszka A. Diagnoza i postępowanie psychoterapeutyczne w cukrzycy: Zestaw Psychodiabetologiczny. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*. 2005; 4(5):
79. eZdrowie - Komisja Europejska. [http://ec.europa.eu/health-eu/care\\_for\\_me/e-health/index\\_pl.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_pl.htm) (11.5.2012).
80. Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&ms=383&ml=pl&mi=383&mx=0&mt=&my=767&ma=017674> (21.12.2011).

81. NHS Payment by Results 2010-11 National Tariff Information | data.gov.uk.  
<http://data.gov.uk/dataset/payment-by-results-2010-11-national-tariff-information> (20.3.2012).

## 9. SPIS ELEMENTÓW

### Spis tabel

Tabela 1.	Liczba osób niewidomych lub prawie niewidzących w Polsce .....	14
Tabela 2.	Liczba osób z zaćmą w Polsce .....	16
Tabela 3.	Liczba osób z jaskrą w Polsce .....	18
Tabela 4.	Hospitalizacje z powodów okulistycznych w Polsce w latach 2003–2010 .....	21
Tabela 5.	Hospitalizacje związane z leczeniem zaćmy w Polsce w latach 2003–2010 .....	22
Tabela 6.	Przyczyny hospitalizacji na oddziałach okulistycznych .....	23
Tabela 7.	Liczba okulistów na milion mieszkańców w wybranych państwach europejskich .....	25
Tabela 8.	Oddziały okulistyczne i liczba łóżek szpitalnych .....	25
Tabela 9.	Typy umów dotyczących realizacji świadczeń z zakresu lecznictwa szpitalnego .....	28
Tabela 10.	Kryteria oceny ofert .....	30
Tabela 11.	Punktacja kryteriów oceny ofert .....	30
Tabela 12.	Kategorie dostępności sprzętu medycznego uwzględniane w wymaganiach kontraktowych .....	33
Tabela 13.	Charakterystyka sprzętu okulistycznego .....	34
Tabela 14.	Wymagania sprzętowe stawiane świadczeniodawcom realizującym świadczenia w zakresie okulistyki w latach 2008–2011 .....	38
Tabela 15.	Wymagania kontraktowe dotyczące personelu (lekarzy) w zakresie okulistyki – 2008-2011 .....	39
Tabela 16.	Wycena grup JGP z sekcji okulistyka .....	42
Tabela 17.	Łączna wartość umów zawartych przez oddziały wojewódzkie NFZ i świadczeniodawców w zakresie okulistyki .....	46
Tabela 18.	Wartość umów zawartych przez oddziały wojewódzkie NFZ na realizację świadczeń z zakresu okulistyki w latach 2010–2012 .....	49
Tabela 19.	Wydatki na świadczenia okulistyczne w przeliczeniu na 1 mieszkańca .....	53
Tabela 20.	Wartość umów zawartych przez oddziały wojewódzkie NFZ na realizację świadczeń z zakresu okulistyki w latach 2010–2012 – lecznictwo szpitalne .....	55
Tabela 21.	Wydatki na świadczenia okulistyczne w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2012 roku – lecznictwo szpitalne .....	57
Tabela 22.	Wartość hospitalizacji poszczególnych grup JGP z katalogu B – “choroby oczu” w 2010 roku .....	58
Tabela 23.	Przeciętny czas oczekiwania na świadczenia okulistyczne w wybranych placówkach na obszarze Polski – czerwiec/lipiec 2013 .....	66
Tabela 24.	Liczba pacjentów oczekujących oraz środki przeznaczone na zabiegi usunięcia zaćmy .....	69
Tabela 25.	Pacjenci oczekujący na zabieg usunięcia zaćmy (dane NFZ z 08/09 2011 roku) vs możliwe do zrealizowania zabiegi (na podstawie kontraktów NFZ na 2012 roku) .....	72
Tabela 26.	Zmiany współczynnika CSR w Polsce, Indiach i Czechach na przestrzeni lat 1997–2010 [4, 21] .....	77
Tabela 27.	Grupy JGP, w ramach których możliwe jest rozliczenie zabiegu usunięcia zaćmy .....	80
Tabela 28.	Umowy zawarte przez oddziały wojewódzkie NFZ – sekcja okulistyka, leczenie szpitalne, grupy B12–B15 .....	83
Tabela 29.	Wycena wybranych grup JGP z sekcji okulistyka .....	88
Tabela 30.	Porównanie kosztów prywatnych i wyceny JGP – zabiegi usunięcia zaćmy i witrektomia .....	93

Tabela 31.	Porównanie kosztów w Polsce i innych państwach – zabiegi usunięcia zaćmy i witrektomia .....	94
Tabela 32.	Częstość uszkodzenia torebki tylnej w rejestrze szwedzkim .....	97
Tabela 33.	Porównanie możliwości oraz potrzeb wybranych placówek w zakresie zabiegów usunięcia zaćmy – „starzy” vs „nowi” świadczeniodawcy .....	102
Tabela 34.	Porównanie możliwości oraz potrzeb wybranych placówek w zakresie zabiegów usunięcia zaćmy .....	103
Tabela 35.	Przetargi na zakup urządzeń okulistycznych wymaganych w zarządzeniach Prezesa NFZ z 2008 roku .....	107
Tabela 36.	Zabiegi usunięcia zaćmy metodą emulsyfikacji – grupy B12–B15 .....	114
Tabela 37.	Usunięcie zaćmy metodą emulsyfikacji – grupy B12, B13 .....	114
Tabela 38.	Podział zabiegów usunięcia zaćmy metodą emulsyfikacji ze względu na tryb przeprowadzania zabiegu (2010) .....	115
Tabela 39.	Obniżenie wyceny zabiegów usunięcia zaćmy – potencjalne oszczędności/dodatkowe zabiegi .....	116
Tabela 40.	Usunięcie zaćmy – zwiększenie odsetka zabiegów jednodniowych – potencjalne oszczędności/dodatkowe zabiegi .....	118
Tabela 41.	Usunięcie zaćmy – zwiększenie odsetka zabiegów jednodniowych/obniżenie wyceny świadczeń – potencjalne oszczędności/dodatkowe zabiegi .....	121
Tabela 42.	Usunięcie zaćmy – wprowadzenia jednakowej wyceny świadczeń bez względu na tryb hospitalizacji (zgodnej z wyceną zabiegów przeprowadzanych w trybie jednodniowym) .....	122
Tabela 43.	Wycena zabiegów z wykonaniem witrektomii – grupy B16-B17 .....	122
Tabela 44.	Usunięcie zaćmy metodą emulsyfikacji – statystyki JGP .....	123
Tabela 45.	Obniżenie wyceny zabiegów witrektomii – potencjalne oszczędności/dodatkowe zabiegi .....	124
Tabela 46.	Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – okulistyka .....	136
Tabela 47.	Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – okulistyka .....	137
Tabela 48.	Wycena punktowa grup JGP dotyczących chorób oczu .....	146
Tabela 49.	Wycena grup JGP dotyczących chorób oczu w Wielkiej Brytanii .....	148
Tabela 50.	Wycena grup JGP dla zaćmy i witrektomii na Węgrzech .....	151
Tabela 51.	Koszty zabiegów usunięcia zaćmy i witrektomii w prywatnych placówkach .....	152
Tabela 52.	Wysokość kontraktów na leczenie zaćmy i jaskry oraz długość kolejek – dane NFZ za 2011 i 2012 rok .....	154

## Spis wykresów

Wykres 1.	Przyczyny upośledzenia widzenia i ślepoty na świecie .....	9
Wykres 2.	Przyczyny upośledzenia widzenia na świecie w krajach rozwiniętych i rozwijających się (bez wad refrakcji) .....	10
Wykres 3.	Liczba osób niewidomych lub prawie niewidzących w Polsce .....	15
Wykres 4.	Liczba osób z zaćmą w Polsce .....	16
Wykres 5.	Prognoza liczby osób z zaćmą na lata 2010–2035 .....	17
Wykres 6.	Liczba osób z jaskrą w Polsce .....	18
Wykres 7.	Prognoza liczby osób z jaskrą na lata 2010–2035 .....	19
Wykres 8.	Liczba hospitalizacji okulistycznych w Polsce w latach 2003-2010 .....	21
Wykres 9.	Hospitalizacje związane z leczeniem zaćmy w Polsce w latach 2003–2010 .....	22
Wykres 10.	Struktura hospitalizacji z przyczyn okulistycznych w 2010 roku .....	24

Wykres 11. Liczba łóżek szpitalnych na oddziałach okulistycznych na 100 tys. mieszkańców .....	26
Wykres 12. Łączna wartość umów zawartych przez Oddziały Wojewódzkie NFZ i świadczeniodawców w zakresie okulistyki.....	45
Wykres 13. Łączna wartość umów zawartych przez Oddziały Wojewódzkie NFZ i świadczeniodawców na realizację świadczeń szpitalnych w zakresie okulistyki .....	46
Wykres 14. Wydatki na świadczenia okulistyczne w latach 2010–2012.....	48
Wykres 15. Zmiana udziału środków przeznaczanych na okulistikę w łącznych wydatkach na świadczenia zdrowotne – 2012 vs 2010 rok.....	50
Wykres 16. Wydatki na świadczenia okulistyczne w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2012 roku .....	52
Wykres 17. Wydatki na świadczenia okulistyczne w 2012 roku – lecznictwo szpitalne.....	54
Wykres 18. Wydatki na świadczenia okulistyczne w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2012 roku – lecznictwo szpitalne .....	56
Wykres 19. Udziały poszczególnych grup w łącznych wydatkach na JGP.....	62
Wykres 20. Ogólne zestawienie zmian w czasie oczekiwania (w mies.) w dziedzinie okulistyki oraz podmioty odpowiedzialne za zarządzanie koszykiem świadczeń gwarantowanych .....	64
Wykres 21. Zmiany w czasie oczekiwania (w mies.) na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie okulistyki .....	65
Wykres 22. Czas oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy według danych NFZ– wrzesień 2011 roku .....	71
Wykres 23. Pacjenci oczekujący na wykonanie zabiegu usunięcia zaćmy vs możliwości zabiegowe w 2012 roku .....	73
Wykres 24. Porównanie potrzeb i możliwości zabiegowych w zakresie usunięcia zaćmy na szczeblu wojewódzkim (dane NFZ).....	74
Wykres 25. Liczba przeprowadzanych zabiegów usunięcia zaćmy na 1 mln mieszkańców w 2008 roku .....	76
Wykres 26. Liczba zabiegów usunięcia zaćmy i współczynnik CSR w Szwecji .....	78
Wykres 27. Grupy JGP uwzględniające usunięcie zaćmy – liczba zabiegów i udział procentowy w 2010 roku .....	81
Wykres 28. Usunięcie zaćmy (grupy B12–B15) – wartość umów zawartych przez oddziały wojewódzkie NFZ w podziale na tryb przeprowadzenia zabiegu .....	83
Wykres 29. Czas trwania hospitalizacji – usunięcie zaćmy (grupy B12-B15) – statystyki JGP za 2010 roku .....	84
Wykres 30. Zabieg usunięcia zaćmy przeprowadzany w trybie jednodniowym na świecie – 2009 roku .....	86
Wykres 31. Obniżenie wyceny zabiegów usunięcia zaćmy – potencjalne oszczędności/dodatkowe zabiegi.....	117
Wykres 32. Usunięcie zaćmy – zwiększenie odsetka zabiegów jednodniowych– potencjalne oszczędności/dodatkowe zabiegi.....	119
Wykres 33. Obniżenie wyceny zabiegów witrektomii – potencjalne oszczędności/dodatkowe zabiegi .....	124

## Spis rysunków

Rysunek 1. Uproszczony schemat budowy gałki ocznej człowieka i schorzenia zagrażające jej elementom .....	11
---	----



## 10. ANEKS

### 10.1. Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu okulistyki

**Tabela 46.**  
**Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – okulistyka**

Kod ICD 9	Nazwa procedury
09.51	Nacięcie otworu łzowego
09.52	Nacięcie kanalikula łzowego
09.53	Nacięcie woreczka łzowego
10.1	Inne nacięcia spojówki
12.124	Nacięcie tęczęwki z użyciem lasera
98.21	Usunięcie powierzchownego ciała obcego z oka bez nacięcia
98.221	Usunięcie ciała obcego wbitego w powiekę lub spojówkę bez nacięcia
09.12	Biopsja woreczka łzowego
09.41	Zgłębnikowanie otworu łzowego
09.42	Zgłębnikowanie kanalikula łzowego
09.43	Zgłębnikowanie przewodu nosowo-łzowego
09.91	Obliteracja otworu łzowego
10.21	Biopsja spojówki
11.21	Skrobanie rogówki na rozmaz lub posiew
10.0	Usunięcie ciała obcego ze spojówki
09.92	Płukanie dróg łzowych
08.201	Inne usunięcie gruczołu tarczowego
08.21	Wycięcie gradówki
08.41	Termokauteryzacja podwiniętej/wywniętej powieki
08.42	Podszycie podwiniętej/wywniętej powieki
08.511	Powiększenie szczeliny powiek
08.521	Zszycie kąta szpary powiekowej
08.522	Zszycie tarczki
10.31	Wycięcie zmiany ze spojówki

Kod ICD 9	Nazwa procedury
10.32	Zniszczenie zmiany na spojówce
10.331	Usunięcie ziarniny jagliczej
10.6	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki
13.64	Przecięcie wtórnej błony (po zaćmie) (kapsulotomia laserowa)
08.01	Nacięcie brzegu powieki
08.09	Nacięcie powieki oka – inne
08.11	Biopsja powieki
08.22	Wycięcie innej małej zmiany powieki
08.25	Zniszczenie zmiany powieki
08.81	Zszycie liniowej rany powieki/ brwi
10.91	Iniekcja podspojówkowa
12.21	Diagnostyczna aspiracja treści z przedniej komory oka
12.72	Cyklokrioterapia
12.73	Cyklofotokoagulacja
12.91	Lecznicze opróżnienie komory przedniej oka
12.921	Wstrzyknięcie powietrza do komory przedniej oka
12.922	Wstrzyknięcie płynu do przedniej komory oka
12.923	Wstrzyknięcie leku do przedniej komory oka
14.22	Zniszczenie zmiany naczyńówki/ siatkówki – krioterapia
14.24	Fotokoagulacja (laser) zmiany naczyńówki/siatkówki
14.25	Fotokoagulacja zmiany naczyńówki/siatkówki – inne
14.32	Rozerwanie siatkówki – leczenie krioterapią
14.34	Rozerwanie siatkówki – leczenie fotokoagulacją (laser)
14.35	Rozerwanie siatkówki – leczenie fotokoagulacją – inne
14.54	Odwarstwienie siatkówki – leczenie fotokoagulacją (laser)
14.55	Odwarstwienie siatkówki – leczenie fotokoagulacją – inne

Źródło: [80]

**Tabela 47.**  
**Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – okulistyka**

Kod ICD 9	Nazwa procedury
08.01	Nacięcie brzegu powieki
08.02	Rozdzielenie zrostu powiek

Kod ICD 9	Nazwa procedury
08.09	Nacięcie powieki oka - inne
08.11	Biopsja powieki
08.201	Inne usunięcie gruczołu tarczowego
08.21	Wycięcie gradówki
08.22	Wycięcie innej małej zmiany powieki
08.231	Wycięcie niepełnej grubości dużej zmiany powieki - jednej czwartej lub większej części brzegu powieki
08.241	Klinowa resekcja powieki
08.249	Wycięcie pełnej grubości dużej zmiany powieki - inne
08.25	Zniszczenie zmiany powieki
08.31	Operacja opadania powiek - podszycie do mięśnia czołowego
08.32	Operacja opadania powiek - podwieszenie na paskach powięzi do mięśnia czołowego
08.34	Operacja opadania powiek - operacja mięśnia dźwigacza
08.35	Operacja opadania powiek - operacja tarczki
08.361	Inna korekcja opadania powieki
08.362	Korekcja opadania powieki przez podwieszenie mięśnia okrężnego oka
08.37	Naprawa nadmiernej korekcji opadania powiek
08.38	Korekcja przykurczu powiek
08.41	Termokauteryzacja podwiniętej/ wywiniętej powieki
08.42	Podszycie podwiniętej/ wywiniętej powieki
08.43	Klinowa resekcja podwiniętej/ wywiniętej powieki
08.44	Rekonstrukcja podwiniętej/ wywiniętej powieki
08.49	Operacje wywiniętej/ podwiniętej powieki - inne
08.511	Powiększenie szczeliny powiek
08.521	Zszycie kąta szpary powiekowej
08.522	Zszycie tarczki
08.591	Z-plastyka zmarszczki nakątnej
08.592	Plastyka kąta szpary powiekowej
08.61	Rekonstrukcja powieki przeszczep/ uszypułowany płat skóry
08.62	Rekonstrukcja powieki - przeszczep błony śluzowej
08.64	Rekonstrukcja powieki płatem powiekowo - spojówkowym
08.69	Rekonstrukcja powieki z przeszczepem/ płatem - inne
08.71	Rekonstrukcja brzegu powieki niepełnej grubości

Kod ICD 9	Nazwa procedury
08.72	Rekonstrukcja powieki niepełnej grubości - inne
08.73	Rekonstrukcja brzegu powieki pełnej grubości
08.74	Rekonstrukcja powieki - pełnej grubości - inne
08.79	Rekonstrukcja powieki - inne
08.81	Zszycie liniowej rany powieki/ brwi
08.82	Plastyka rany brzegu powieki - niepełnej grubości
08.83	Plastyka rany powieki - niepełnej grubości - inne
08.84	Plastyka rany brzegu powieki - pełnej grubości
08.85	Plastyka rany powieki - pełnej grubości - inne
08.89	Plastyka powieki oka - inne
09.0	Nacięcie gruczołu łzowego
09.11	Biopsja gruczołu łzowego
09.12	Biopsja woreczka łzowego
09.21	Wycięcie zmiany gruczołu łzowego
09.22	Częściowe wycięcie gruczołu łzowego - inne
09.23	Całkowite wycięcie gruczołu łzowego
09.3	Operacje gruczołu łzowego - inne
09.41	Zgłębnikowanie otworu łzowego
09.42	Zgłębnikowanie kanałika łzowego
09.43	Zgłębnikowanie przewodu nosowo-łzowego
09.441	Szynowanie przewodu nosowo-łzowego
09.48	Endoskopowe wytworzenie przetoki nosowo-łzowej
09.49	Przywrócenie drożności dróg łzowych - inne
09.51	Nacięcie otworu łzowego
09.52	Nacięcie kanałika łzowego
09.53	Nacięcie woreczka łzowego
09.591	Nacięcie i drenaż przewodu nosowo-łzowego - inne
09.6	Wycięcie woreczka/ dróg łzowych
09.72	Operacje otworu łzowego - inne
09.73	Plastyka kanałika łzowego
09.81	Zespoleńie workowo-nosowe
09.821	Zespoleńie spojówkowo-łzowo-workowo-nosowe [CDCR]

Kod ICD 9	Nazwa procedury
09.83	Zespolecie spojówkowo-nosowe z szynowaniem
09.91	Obliteracja otworu łzowego
09.99	Operacje aparatu łzowego - inne
10.0	Usunięcie ciała obcego ze spojówki
10.1	Inne nacięcia spojówki
10.21	Biopsja spojówki
10.31	Wycięcie zmiany ze spojówki
10.32	Zniszczenie zmiany na spojówce
10.331	Usunięcie ziarniny jagliczej
10.41	Usunięcie zrostu powieki z gałką (wolny przeszczep)
10.42	Rekonstrukcja worka spojówkowego - wolny przeszczep
10.43	Inne rekonstrukcje worka spojówkowego
10.44	Wolny przeszczep śluzówki do spojówki - inne
10.49	Plastyka spojówki - inne
10.5	Usunięcie zrostów spojówki i powieki
10.6	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki
10.91	Iniekcja podspojówkowa
10.99	Inne zabiegi na spojówce
100.62	Założenie cewnika do żyły centralnej
11.0	Usunięcie magneselem ciała obcego z rogówki
11.1	Nacięcie rogówki
11.21	Skrobanie rogówki na rozmaz lub posiew
11.22	Biopsja rogówkowa
11.31	Przeniesienie skrzydlika
11.32	Wycięcie skrzydlika z przeszczepem rogówkowym
11.39	Inne wycięcia skrzydlika
11.41	Mechaniczne usunięcie nabłonka rogówki
11.42	Przyżeganie uszkodzenia rogówki
11.43	Krioterapia uszkodzeń rogówki
11.49	Usunięcie lub zniszczenie uszkodzeń rogówki - inne
11.51	Szycie skaleczenia rogówki
11.52	Naprawa pooperacyjnego rozejścia się rogówki

Kod ICD 9	Nazwa procedury
11.53	Naprawa uszkodzenia rogówki płatem spojówkowym
11.59	Naprawy rogówki - inne
11.60	Przeszczep rogówki nieokreślony inaczej
11.61	Przeszczep warstwowy rogówki z autoprzeszczepem
11.62	Inny warstwowy przeszczep rogówki
11.63	Przeszczep drążący rogówki z autoprzeszczepem
11.641	Przeszczep drążący rogówki z alloprzeszczepem
11.651	Przeszczep rąbka rogówki z autoprzeszczepem
11.652	Przeszczep rąbka rogówki z alloprzeszczepem
11.71	Abrazja rogówki
11.74	Termokeratoplastyka
11.75	Promieniowe nacięcie rogówki
11.79	Chirurgia rekonstrukcyjna rogówki - inne
11.99	Operacje rogówki - inne
12.01	Usunięcie magneselem ciała obcego z przedniej części oka
12.02	Usunięcie ciała obcego z przedniej części gałki (bez magnesu)
12.09	Usunięcie ciała obcego z przedniego segmentu oka - inne
12.11	Nacięcie tęczówki z przekłuciem
12.121	Częściowe wycięcie tęczówki
12.122	Nacięcie tęczówki
12.123	Nacięcie tęczówki nieokreślone
12.13	Wycięcie wypadniętej tęczówki
12.19	Wycięcie tęczówki - inne
12.21	Diagnostyczna aspiracja treści z przedniej komory oka
12.22	Biopsja tęczówki
12.311	Usunięcie zrostów kąta przesączania przez wstrzyknięcie powietrza lub płynu
12.321	Usunięcie zrostów przedniej części oka przez wstrzyknięcie powietrza lub płynu
12.331	Usunięcie zrostów tęczówki - inne
12.34	Usunięcie zrostów rogówka-ciałko szkliste
12.35	Nakłucie tęczówki
12.39	Plastyka tęczówki - inne
12.411	Zniszczenie zmiany tęczówki przez kauteryzację

Kod ICD 9	Nazwa procedury
12.412	Zniszczenie zmiany tęczówki przez krioterapię
12.413	Zniszczenie zmiany tęczówki przez fotokoagulację
12.42	Wycięcie zmiany tęczówki
12.43	Usunięcie zmiany ciała rzęskowego (bez wycięcia)
12.44	Wycięcie zmiany ciała rzęskowego
12.49	Usunięcie zmiany przedniego segmentu oka - inne
12.51	Nakłucie kąta przesącza bez nacięcia kąta
12.52	Nacięcie kąta przesącza (bez nakłucia)
12.53	Nacięcie kąta przesącza (z nakłuciem)
12.54	Przecięcie twardówki z zewnątrz
12.59	Ułatwienie krążenia śródgałkowego - inne
12.61	Trepanacja twardówki z usunięciem tęczówki
12.62	Przyżeganie twardówki z usunięciem tęczówki
12.63	Uwięźnięcie tęczówki/ irydotaza
12.64	Wycięcie twardówki z zewnątrz
12.65	Wytworzenie przetoki twardówki z usunięciem tęczówki
12.69	Wytworzenie przetoki twardówki - inne
12.71	Cyklodiatermia
12.72	Cyklokrioterapia
12.73	Cyklofotokoagulacja
12.79	Zabiegi w jaskrze - inne
12.81	Szycie skaleczenia twardówki
12.82	Zaopatrzenie przetoki twardówki
12.83	Rewizja rany operacji przedniej części oka - inne
12.84	Usunięcie zmiany twardówki
12.85	Naprawa garbiaka twardówki przeszczepem
12.86	Naprawa garbiaka twardówki - inne
12.87	Wzmocnienie twardówki przeszczepem
12.88	Wzmocnienie twardówki - inne
12.89	Operacje twardówki - inne
12.91	Lecnicze opróżnienie komory przedniej oka
12.921	Wstrzyknięcie powietrza do komory przedniej oka

Kod ICD 9	Nazwa procedury
12.922	Wstrzyknięcie płynu do przedniej komory oka
12.923	Wstrzyknięcie leku do przedniej komory oka
12.93	Usunięcie lub zniszczenie wrastającego nabłonka z przedniej komory oka
12.97	Operacje tęczówki - inne
12.98	Operacje ciała rzęskowego - inne
12.99	Operacje komory przedniej oka - inne
13.01	Usunięcie ciała obcego z soczewki (magnezem)
13.02	Usunięcie ciała obcego z soczewki (bez magnezu)
13.09	Usunięcie ciała obcego z soczewki - inne
13.191	Usunięcie zaćmy nie określone inaczej
13.192	Krioekstrakcja soczewki
13.193	Usunięcie zaćmy przez odessanie
13.194	Usunięcie soczewki nieokreślone inaczej
13.2	Linijne zewnętrzne usunięcie soczewki
13.3	Zewnętrzne usunięcie soczewki przez prostą aspirację i wyplukanie
13.42	Rozdrobnienie soczewki i aspiracja zaćmy z dościcia tylnego
13.49	Rozdrobnienie soczewki i aspiracja zaćmy - inne
13.51	Zewnętrzne usunięcie soczewki z dościcia skroniowego dolnego
13.59	Zewnętrzne usunięcie soczewki - inne
13.64	Przecięcie wtórnej błony (po zaćmie)
13.65	Wycięcie wtórnej błony (po zaćmie)
13.66	Rozdrobnienie wtórnej błony po zaćmie
13.69	Usunięcie zaćmy - inne
13.71	Wszczepienie soczewki przy usunięciu zaćmy (jednoetapowe)
13.72	Wtórne wszczepienie soczewki
13.79	Wprowadzenie sztucznej soczewki - inne
13.8	Usunięcie wszczepionej soczewki
13.9	Inne operacje soczewki
14.01	Usunięcie ciała obcego z tylnej części oka (magnezem)
14.02	Usunięcie ciała obcego z tylnej części oka (bez magnezu)
14.09	Usunięcie ciała obcego z tylnego segmentu oka - inne
14.11	Diagnostyczna aspiracja ciała szklanego



Kod ICD 9	Nazwa procedury
14.19	Diagnostyczne zabiegi tylnej części oka - inne
14.22	Zniszczenie zmiany naczyniówki/ siatkówki - krioterapia
14.24	Fotokoagulacja (laser) zmiany naczyniówki/ siatkówki
14.25	Fotokoagulacja zmiany naczyniówki/ siatkówki - inne
14.29	Zniszczenie zmiany naczyniówki/ siatkówki - inne
14.31	Rozerwanie siatkówki - leczenie diatermią
14.32	Rozerwanie siatkówki - leczenie krioterapią
14.34	Rozerwanie siatkówki - leczenie fotokoagulacją (laser)
14.35	Rozerwanie siatkówki - leczenie fotokoagulacją - inne
14.39	Rozerwanie siatkówki - leczenie - inne
14.41	Klamrowanie twardówki z wszczepem
14.491	Klamrowanie twardówki z tamponadą powietrzną
14.492	Klamrowanie twardówki z wycięciem twardówki
14.493	Klamrowanie twardówki z nacięciem ciała szklistego
14.54	Odwartwienie siatkówki - leczenie fotokoagulacją (laser)
14.55	Odwartwienie siatkówki - leczenie fotokoagulacją - inne
14.711	Technika „open sky”
14.712	Usunięcie ciała szklistego z dostępu przedniego z wymianą
14.721	Aspiracja ciała szklistego przez tylne nacięcie twardówki
14.73	Mechaniczna witrektomia - dostęp przedni
14.74	Mechaniczna witrektomia - inne
14.75	Wstrzyknięcie substytutu ciała szklistego
14.79	Ciało szkliste - operacje - inne
14.9	Operacje siatkówki, naczyniówki i tylnej części oka - inne
15.01	Biopsja okoruchowego mięśnia/ ścięgna
15.11	Cofnięcie jednego mięśnia okoruchowego
15.12	Przesunięcie do przodu jednego mięśnia okoruchowego
15.13	Usunięcie jednego mięśnia okoruchowego
15.19	Czasowe odcięcie mięśnia okoruchowego operacje - inne
15.21	Wydłużenie jednego mięśnia okoruchowego
15.22	Skrócenie jednego mięśnia okoruchowego
15.29	Operacje jednego mięśnia okoruchowego - inne

Kod ICD 9	Nazwa procedury
15.3	Czasowe odcięcie więcej niż jednego mięśnia okoruchowego jednej lub dwóch gałek
15.4	Operacje więcej niż jednego mięśnia okoruchowego jednej lub dwóch gałek - inne
15.5	Przesunięcie mięśni okoruchowych
15.6	Kontrola po zabiegu na mięśniu okoruchowym
15.7	Naprawa po urazie mięśnia okoruchowego
15.9	Operacje mięśni/ ścięgien okoruchowych - inne
16.011	Nacięcie oczodołu z dostępu bocznego
16.02	Nacięcie oczodołu z wszczepem
16.09	Nacięcie oczodołu - inne
16.1	Usunięcie penetrującego ciała obcego z oka - inne
16.22	Diagnostyczna aspiracja oczodołu
16.23	Biopsja gałki ocznej i oczodołu
16.31	Wytrzewienie gałki ocznej z jednoczasowym wszczepem protezy
16.39	Inne wytrzewienie gałki ocznej
16.41	Wyłuszczenie gałki ocznej z jednoczesnym założeniem wszczepu do torebki Tenona z przyczepieniem mięśni
16.42	Wyłuszczenie gałki ocznej z innym jednoczesnym wszczepieniem
16.49	Inna enukleacja gałki ocznej
16.51	Wytrzewienie oczodołu z usunięciem przyległych struktur
16.52	Wytrzewienie gałki ocznej z usunięciem kości
16.59	Wytrzewienie gałki ocznej - inne
16.61	Wtórne wprowadzenie wszczepu do oczodołu
16.62	Kontrola/ powtórne wprowadzenie wszczepu do oczodołu
16.63	Kontrola oczodołu po enukleacji z przeszczepem
16.64	Kontrola oczodołu po enukleacji - inne
16.65	Wtórny wszczep po wypatroszeniu oczodołu
16.66	Kontrola oczodołu po wypatroszeniu - inne
16.69	Zabiegi po usunięciu gałki ocznej - inne
16.71	Usunięcie wszczepu z oczodołu
16.72	Usunięcie wszczepu gałki ocznej
16.81	Zaopatrzenie rany oczodołu
16.821	Zabieg naprawczy wielu struktur oka
16.89	Zaopatrzenie urazu oka/ oczodołu - inne

Kod ICD 9	Nazwa procedury
16.92	Wycięcie zmiany oczodołu
16.93	Wycięcie zmiany oka - inne struktury
16.94	Osteoplastyka oczodołu
16.95	Dekompresja oczodołu
16.96	Wszczepienie protezy lub ekspandera osmotycznego do oczodołu
16.98	Operacje oczodołu - inne
16.99	Operacje gałki ocznej - inne

Źródło: [27]

## 10.2. Wycena punktowa grup JGP dotyczących chorób oczu w Polsce

Tabela 48.  
Wycena punktowa grup JGP dotyczących chorób oczu

Grupa JGP	Nazwa grupy	Wycena punktowa		
		Hospitalizacja	Hospitalizacja planowa	Leczenie jednego dnia
B01	Leczenie wysiękowej postaci AMD werteporfiną przy zastosowaniu terapii fotodynamicznej	138	131	-
B02	Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji dożłkistkowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF	57	57	57
B04	Przeszczep rogówki - kategoria I	172	-	-
B05	Przeszczep rogówki - kategoria II	136	-	-
B06	Przeszczep rogówki - kategoria III	110	-	-
B11	Kompleksowe zabiegi w zaćmie i jaskrze	109	104	98
B12	Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	71	67	62
B13	Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	55	55	55
B14	Usunięcie zaćmy powikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	63	60	-
B15	Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	48	46	43
B16	Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne	163	155	147
B17	Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne	140	133	126

Grupa JGP	Nazwa grupy	Wycena punktowa		
		Hospitalizacja	Hospitalizacja planowa	Leczenie jednego dnia
B23	Średnie zabiegi na soczewce	46	44	41
B24	Małe zabiegi na soczewce	12	11	8
B32	Duże zabiegi na aparacie ochronnym oka	39	37	-
B33	Średnie zabiegi na aparacie ochronnym oka	15	14	14
B34	Małe zabiegi na aparacie ochronnym oka	5	5	4
B42	Duże zabiegi na oczodole i aparacie łzowym	166	158	-
B43	Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym	44	42	40
B44	Małe zabiegi na oczodole i aparacie łzowym	12	11	11
B52	Duże zabiegi na rogówce i twardówce	35	33	-
B53	Średnie zabiegi na rogówce i twardówce	22	21	20
B63	Zabiegi w zakresie mięśni okoruchowych	46	44	41
B72	Duże zabiegi w jaskrze i na naczyniówce	79	75	-
B73	Średnie zabiegi w jaskrze i na naczyniówce	53	50	48
B74	Małe zabiegi w jaskrze i na naczyniówce	5	5	4
B81	Duże zabiegi na siatkówce	99	94	-
B82	Duże zabiegi na ciele szklistym	48	46	-
B83	Średnie zabiegi witreoretinalne	29	28	26
B84	Małe zabiegi witreoretinalne	16	15	13
B94	Inne procedury w zakresie oka	4	3	2,5
B98	Leczenie zachowawcze okulistyczne	42	40	5

Źródło: Zarządzenie Prezesa NFZ nr 34/2013/DSOZ [35]

### 10.3. Wycena grup JGP dotyczących chorób oczu w innych państwach

#### Wielka Brytania

Brytyjski system jednorodnych grup pacjentów zawiera 33 grupy dotyczące chorób oczu [81]. Wycena grup JGP wyrażona jest w funtach brytyjskich. W celu porównania wyceny brytyjskiej i polskiej ceny w funtach brytyjskich przeliczono na polskie złote według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego z dnia 7 marca 2012 roku, 1 GBP = 4,9788 PLN. (Tabela 49)

**Tabela 49.**  
Wycena grup JGP dotyczących chorób oczu w Wielkiej Brytanii

Grupa	Nazwa grupy	Tryb ambulatoryjny [zł]	Leczenie jednego dnia / hospitalizacja planowa [zł]	Liczba dni finansowana grupą – hospitalizacja planowa	Przyjęcie w trybie nagłym [zł]	Liczba dni finansowana grupą	Osobodzień ponad limit finansowany grupą [zł]
BZ01Z	Usunięcie zaćmy ( <i>enhanced cataract surgery</i> )	-	4 496	1	1 666	8	468
BZ02Z	Usunięcie zaćmy metodą fakoemulsyfikacji z implantacją soczewki	-	3 689	1	741	1	215
BZ03Z	Usunięcie zaćmy metodami innymi niż fakoemulsyfikacja	-	4 391	1	1 383	5	244
BZ04Z	Kapsulotomia	826	2 265	1	786	1	199
BZ05Z	Okuloplastyka kategoria 3	-	5 551	1	1 250	1	346
BZ06A	Okuloplastyka – kategoria 2: powyżej 18 roku życia	-	4 207	1	978	1	261

Grupa	Nazwa grupy	Tryb ambulatoryjny [zł]	Leczenie jednego dnia / hospitalizacja planowa [zł]	Liczba dni finansowana grupą – hospitalizacja planowa	Przyjęcie w trybie nagłym [zł]	Liczba dni finansowana grupą	Osobodzeń ponad limit finansowany grupą [zł]
BZ06B	Okuloplastyka – kategoria 2: poniżej 18 roku życia	-	5 198	1	1 250	5	260
BZ07A	Okuloplastyka – kategoria 1: powyżej 18 roku życia	687	3 072	1	978	3	210
BZ07B	Okuloplastyka – kategoria 1: poniżej 18 roku życia	936	3 430	1	8 295	3	2 330
BZ08A	Zabiegi na oczodole / aparacie łzowym – kategoria 3: powyżej 18 roku życia	-	9 440	3	3 689	11	1 070
BZ08B	Zabiegi na oczodole / aparacie łzowym – kategoria 3: poniżej 18 roku życia	-	12 771	3	6 886	12	1 215
BZ09A	Zabiegi na oczodole / aparacie łzowym – kategoria 2: powyżej 18 roku życia	-	6 408	3	3 913	20	991
BZ09B	Zabiegi na oczodole / aparacie łzowym – kategoria 2: poniżej 18 roku życia	-	6 916	3	6 224	3	1 723
BZ10A	Zabiegi na oczodole / aparacie łzowym – kategoria 1: powyżej 18 roku życia	612	2 728	1	4 869	1	1 299
BZ10B	Zabiegi na oczodole / aparacie łzowym – kategoria 1: poniżej 18 roku życia	612	3 440	1	6 224	1	1 294
BZ11Z	Zabiegi na rogówce i twardówce – kategoria 3	-	7 951	3	4 869	3	1 046
BZ12Z	Zabiegi na rogówce i twardówce – kategoria 2	-	6 916	3	4 964	14	1 344
BZ13Z	Zabiegi na rogówce i twardówce – kategoria 1	-	3 535	1	12 840	8	1 369
BZ14A	Zaburzenia ruchomości gałek ocznych – kategoria 3: powyżej 18 roku życia	-	4 750	1	15 429	1	2 355

Grupa	Nazwa grupy	Tryb ambulatoryjny [zł]	Leczenie jednego dnia / hospitalizacja planowa [zł]	Liczba dni finansowana grupą – hospitalizacja planowa	Przyjęcie w trybie nagłym [zł]	Liczba dni finansowana grupą	Osobodzeń ponad limit finansowany grupa [zł]
BZ14B	Zaburzenia ruchomości gałek ocznych – kategoria 3: poniżej 18 roku życia	-	5 053	1	10 212	1	1 294
BZ15A	Zaburzenia ruchomości gałek ocznych – kategoria 2: powyżej 18 roku życia	-	4 750	1	10 212	1	1 772
BZ15B	Zaburzenia ruchomości gałek ocznych – kategoria 3: poniżej 18 roku życia	-	5 053	1	3 351	1	1 185
BZ16A	Zaburzenia ruchomości gałek ocznych – kategoria 1: powyżej 18 roku życia	-	4 750	1	3 440	1	1 882
BZ16B	Zaburzenia ruchomości gałek ocznych – kategoria 1: poniżej 18 roku życia	-	5 053	1	12 596	1	1 419
BZ17Z	Jaskra – kategoria 3	-	5 616	3	12 596	5	1 464
BZ18Z	Jaskra – kategoria 2	612	4 730	1	7 384	8	1 334
BZ19Z	Jaskra – kategoria 1	612	2 524	1	4 810	8	2 385
BZ20Z	Zabiegi witreoretinalne – kategoria 4	-	8 484	5	5 163	5	2 594
BZ21Z	Zabiegi witreoretinalne – kategoria 3	-	7 817	3	4 810	5	1 294
BZ22Z	Zabiegi witreoretinalne – kategoria 2	-	6 278	3	5 163	5	518
BZ23Z	Zabiegi witreoretinalne – kategoria 1	797	2 942	1	4 810	3	1 464
BZ24A	Okulistyka niezabiegowa, długość pobytu: 2 dni lub dłużej, powyżej 18 roku życia	-	10 172	12	5 163	16	1 349

Grupa	Nazwa grupy	Tryb ambulatoryjny [zł]	Leczenie jednego dnia / hospitalizacja planowa [zł]	Liczba dni finansowana grupą – hospitalizacja planowa	Przyjęcie w trybie nagłym [zł]	Liczba dni finansowana grupą	Osobodzień ponad limit finansowany grupa [zł]
BZ24C	Okulistyka niezabiegowa, długość pobytu: 1 dzień lub krócej, powyżej 18 roku życia	-	2 226	1	7 374	1	1 538

Źródło: [81]

## Węgry

**Tabela 50.**  
Wycena grup JGP dla zaćmy i witrektomii na Węgrzech

Świadczenie	Tryb jednego dnia	Hospitalizacja
Usunięcie zaćmy – fakoemulsyfikacja z implantacją soczewki	110 942 HUF	110 942 HUF
Witrektomia z dostępu tylnego	-	415 295 HUF
Witrektomia z dostępu tylnego z implantacją soczewki	-	366 866 HUF
Witrektomia – inne	-	141 662 HUF



## 10.4. Koszty prywatnych zabiegów

Dane z cenników zamieszczonych na stronach internetowych prywatnych placówek realizujących zabiegi usunięcia zaćmy i witrektomii prywatnie przedstawiono w kolejnej tabeli (Tabela 51). Zaprezentowane ceny uwzględniają (o ile podano takie informacje) – badania kwalifikacyjne, opiekę anestezyjologiczną, znieczulenie podczas zabiegu, badania kontrolne oraz – w przypadku usunięcia zaćmy – koszt soczewki wewnątrzgałkowej.

**Tabela 51.**  
**Koszty zabiegów usunięcia zaćmy i witrektomii w prywatnych placówkach**

Swiadczenie	Placówka	Lokalizacja	Cena	
Usunięcie zaćmy - fakoemulsyfikacja	Laser Lens CENTRUM OKULISTYCZNO LASEROWE	Poznań	2900–3500 zł <sup>c</sup>	
	Ośrodek Chirurgii Oka prof. Z. Zagórskiego	Nałęczów	3000–3300 <sup>a</sup> zł	
	GABINET PRYWATNY OKULISTYKA - GALAS	Lubin	3000 zł	
	Beskidzkie Centrum Medyczne	Bielsko-Biała	3000–3500 zł <sup>c</sup>	
	Laguna Medical	Gdynia/Gdańsk/Toruń	3000 zł	
	Lexummedica	Poznań/Kraków/Szczecin	3000 zł	
	KLINIKA OKULUS	Bielsko-Biała	3190–3390 zł <sup>c</sup>	
	Centrum Medyczne Dom Lekarski	Szczecin	3200–3900 zł <sup>e</sup>	
	MW - med	Kraków	3200–3600d zł	
	CHIRURGIA OKULISTYCZNA WYRZYKOWSKI	Łódź	3400 zł	
	Centrum Medyczne MAVIT	Warszawa	3500 zł	
	Grupa EuroMedic Kliniki Specjalistyczne	Katowice	3500 zł	
	Wrocławskie Eye Laser Center	Wrocław	3520 zł	
	Wrocławskie Centrum Okulistyczne	Wrocław	3600 zł	
	Visum Clinic	Rzeszów	3700 zł	
	Ośrodek Okulistyki Klinicznej SPEKTRUM Sp. z o.o.	Wrocław	3740 zł	
	Centrum Mikrochirurgii Oka LASER	Warszawa	3940 zł	
	Centrum Diagnostyki i Mikrochirurgii Oka – Lens	Olsztyn	4120 zł	
	Witrektomia	Ośrodek Chirurgii Oka prof. Z. Zagórskiego	Nałęczów	4920–6600 zł <sup>b</sup>
		Grupa EuroMedic Kliniki Specjalistyczne	Katowice	5200–6200 zł <sup>b</sup>
Ośrodek Okulistyki Klinicznej SPEKTRUM Sp. z o.o.		Wrocław	6340–6840 zł <sup>b</sup>	

Świadczenie	Placówka	Lokalizacja	Cena
	Wrocławskie Centrum Okulistyczne	Wrocław	7150 zł
	Centrum Mikrochirurgii Oka LASER	Warszawa	8080–8580 zł <sup>b</sup>
	Laguna Medical	Gdynia/Gdańsk/Toruń	od 6000 zł
	KLINIKA OKULUS	Bielsko-Biała	6080–6580zł <sup>b</sup>
	Grupa EuroMedic Kliniki Specjalistyczne	Katowice	6700 zł
Usunięcie zaćmy – fakoemulsyfikacja / witrektomia tylna	Ośrodek Okulistyki Klinicznej SPEKTRUM Sp. z o.o.	Wrocław	6840–7140zł <sup>b</sup>
	Wrocławskie Centrum Okulistyczne	Wrocław	8150 zł
	Ośrodek Chirurgii Oka prof. Z. Zagórskiego	Nałęczów	5620–7300 zł
	Centrum Mikrochirurgii Oka LASER	Warszawa	9080 zł

a) cena w zależności od zastosowanej soczewki (Acrysof/Acrysof IQ); b) cena w zależności od zastosowania lub nie oleju silikonowego lub dekaliny; c) cena w zależności od zastosowanej soczewki (sferyczna/asferyczna); d) cena w zależności od zastosowanej soczewki (twarda/sferyczna)

## 10.5. Wysokość kontraktów na leczenie zaćmy i jaskry oraz długość kolejek

Tabela 52.  
Wysokość kontraktów na leczenie zaćmy i jaskry oraz długość kolejek – dane NFZ za 2011 i 2012 rok

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
<b>Dolnośląski OW NFZ</b>												
H1D	" WROCLAWSKIE EYE-LASER CENTER" SP. Z O.O.	WROCLAW OLAWSKA 9 (071)344 80 80	38	173	1 939	572	1 977	1,3 mln zł	452	0,8 mln zł	286	14%
H	"EUROMEDICARE" SZPITAL SPECJALISTYCZNY Z PRZYCHODNIĄ		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,4 mln zł	136	-
H	4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	WROCLAW-KRZYKI WEIGLA 5 (071)766 07 20	115	153	3 109	600	3 224	4,3 mln zł	1 300	5,1 mln zł	1555	48%
H	AKADEMICKI SZPITAL KLINICZNY IM. JANA MIKULICZA-RADECKIEGO WE WROCLAWIU	WROCLAW BOROWSKA 213 (071)733 16 00	994	195	4470	418	5464	2,6 mln zł	781	6,5 mln zł	1983	36%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2011	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2012	Możliwość zabiegowe <sup>b</sup>
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OKO-FORUM"	WROCLAW LEGNICKA 51-53 (071)798 81 54	1	0	99	31	100	0,4 mln zł	125	0,5 mln zł	174	174%
H	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ŁUŻYCKIE CENTRUM MEDYCZNE W LUBANIU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,5 mln zł	151	-
-	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OKO.M	WROCLAW WANDY RUTKIEWICZ 25A (071)373 26 18	17	87	789	636	806	-	-	-	-	-
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK OKULISTYKI KLINICZNEJ SPEKTRUM	WROCLAW OLSZEWSKIEGO 58 (071)345 31 81	139	229	4 968	843	5 107	2,3 mln zł	800	1,8 mln zł	640	13%
H	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY W DZIERŻONIOWIE SP.Z O.O.		bd	bd	bd	bd	bd	2,4 mln zł	726	2,4 mln zł	726	-
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ VITA-MED	GŁOGÓW KOŚCIUSZKI 15 (076)831 37 47	3	259	2 466	770	2 469	0,9 mln zł	306	1,1 mln zł	398	16%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
H	NIEPUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ "MIEDZIOWE CENTRUM ZDROWIA" S.A. W LUBINIE	LUBIN M.SKŁODOWSKIEJ-CURIE 54-60 +48 76 846 02 87	27	42	1 945	970	1 972	1,3 mln zł	382	1,3 mln zł	389	20%
H1D/H P*	NZOZ KARKONOSKIE CENTRUM MEDYCZNE	JELENIA GÓRA BANKOWA 5/7 +48 75 645 20 01	0	0	27	18	27	0,2 mln zł	83	0,4 mln zł	140	520%
HP/H1 D*	NZOZ WROCŁAWSKIE CENTRUM OKULISTYCZNE BARTŁOMIEJ MARKUSZEWSKI	WROCŁAW SIENKIEWICZA 33A (071)322 62 83	30	95	414	144	444	0,5 mln zł	161	0,8 mln zł	263	59%
HP/H1 D*	OŚRODEK MIKROCHIRURGII I TERAPII OKULISTYCZNEJ "OKO.M" JAROSŁAW MIŚKIEWICZ		bd	bd	bd	bd	bd	0,5 mln zł	0,0001 <sub>6</sub>	1,0 mln zł	337	-
HP/H1 D*	POLSKIE CENTRUM ZDROWIA INSTYTUT MEDYCZNY SP. Z O.O.	WROCŁAW SIENKIEWICZA 58-60 (071)322 26 91	25	227	707	553	732	0,7 mln zł	226	0,8 mln zł	267	37%
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 WE WROCŁAWIU		bd	bd	bd	bd	bd	2,4 mln zł	743	-	-	-

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL WOJEWÓDZKI W JELENIEJ GÓRZE	JELENIA GÓRA OGIŃSKIEGO 6 (075)753 75 02	363	227	2 748	819	3 111	2,2 mln zł	671	-	-	-
H	WOJEWÓDZKIE CENTRUM SZPITALNE KOTLINY JELENIOGÓRSKIEJ		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	3,1 mln zł	946	-
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIDNICY	ŚWIDNICA LEŚNA 27-29 (074)851 71 00	142	87	2 559	301	2 701	4,4 mln zł	1 343	4,3 mln zł	1319	49%
H	SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE W POLANICY ZDROJU SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	POLANICA ZDRÓJ JANA PAWŁA II 2 (074)862 11 11	2	357	3 537	892	3 539	1,8 mln zł	564	1,8 mln zł	561	16%
H	SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO	WAŁBRZYCH BATOREGO 4 (074)648 96 00	105	242	2 258	1088	2 363	1,4 mln zł	423	1,3 mln zł	411	17%
H	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL -SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZGORZELCU	ZGORZELEC LUBAŃSKA 11-12 (075)772 29 42	683	137	2 595	1228	3 278	6,2 mln zł	1 907	5,6 mln zł	1720	52%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwość zabiegowe <sup>b</sup>
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W LEGNICY	LEGNICA IWASZKIEWICZA 5/0 (076)721 15 93	3	47	1 877	524	1 880	1,9 mln zł	575	1,9 mln zł	594	32%
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU	WROCŁAW KAMIENSKIEGO 73A (071)327 01 44	196	314	3 499	784	3 695	5,4 mln zł	1 641	5,5 mln zł	1688	46%
H1D	WROCŁAWSKIE CENTRUM OKULISTYCZNE	WROCŁAW PIWNA 13 (071)322 62 83	62	467	407	755	469	0,4 mln zł	137	-	-	-
<b>Kujawsko-pomorski OW NFZ</b>												
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LAGUNA MEDICAL" II W CHEŁMNIE PROWADZONY PRZEZ "LAGUNA MEDICAL" SP. Z O.	CHEŁMNO PLAC RYDYGIERA 1 056 677-26-47	16	55	311	200	327	0,8 mln zł	276	-	-	-
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LAM MED" - "PWM" SP. Z O.O. Z SIEDZIBĄ W GDAŃSKU	BYDGOSZCZ LĘBORSKA 7 (052) 345-29-99	23	77	310	214	333	1,2 mln zł	427	0,3 mln zł	104	-
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LAM MED" - "PWM" SP.Z O.O.Z SIEDZIBĄ W GDYNI		bd	bd	bd	bd	bd					

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2011	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2012	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LECNICE CITOMED" SP. Z O.O. W TORUNIU	TORUŃ M.SKŁODOWSKIEJ-CURIE 73 658-44-44	4	189	100	229	104					
								2,2 mln zł	777	2,1 mln zł	722	694%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LECNICE CITOMED" SP. Z O.O. W TORUNIU	TORUŃ M. SKŁODOWSKIEJ - CURIE 73 056 658 44 22	bd	bd	384	136	bd					
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "VISCO" W BYDGOSZCZY - ANNA ANIUKIEWICZ	BYDGOSZCZ KS. MARKWARTA 4/6 345-46-97	2	6	437	312	439	0,8 mln zł	276	-	-	-
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL SPECJALISTYCZNY "BARSKA" PROWADZONY PRZEZ CENTRUM DIAGNOSTYCZNO - LECZNICZE "BARSKA" SP. Z O.O.	WŁOCLAWEK BARSKA 13 054/233 40 00	1	0	321	368	322	0,3 mln zł	94	0,3 mln zł	108	34%
H1D	NSZOZ "OKO-MED" M.T. W GRUDZIĄDZU UTWORZONY PRZEZ MARZENĘ TSANAKAS	GRUDZIĄDZ MICKIEWICZA 47 56/4615578	8	0	2 185	375	2 193	3,3 mln zł	1 152	3,4 mln zł	1191	54%
HP	NZOZ "BOPOL" UTWORZONY PRZEZ "BOPOL PIOTR TOKARSKI, ELŻBIETA TOKARSKA" SPÓŁKA JAWNA	BYDGOSZCZ KS. MARKWARTA 4/6 (52)327 65 90	0	0	357	215	357	2,0 mln zł	639	-	-	-



Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
H1D	NZOZ OFTALMIKA SP. Z O.O.	BYDGOSZCZ MODRZEWIOWA 15 052 370 20 02	22	30	743	264	765	1,1 mln zł	367	1,1 mln zł	368	48%
HP	NZOZ OKULISTYKA S.C.		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,3 mln zł	98	-
H1D	PRZYCHODNIE LEKARSKIE "HIPOKRATES" SP. Z O.O. W TORUNIU	TORUŃ DEKERTA 1 0566540627	0	122	216	150	216	0,4 mln zł	146	1,0 mln zł	333	154%
H	PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W INOWROCŁAWIU		bd	bd	bd	bd	bd	2,6 mln zł	782	2,7 mln zł	822	-
H	REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W GRUDZIĄDZU	GRUDZIĄDZ SZPITALNA 6/8 (056) 4500366	13	91	1 566	324	1 579	3,0 mln zł	910	1,6 mln zł	477	30%
H	SPZOZ 10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ	BYDGOSZCZ POWSTAŃCÓW WARSZAWY 5 0523786156	49	77	1 312	311	1 361	3,1 mln zł	941	3,2 mln zł	970	71%
HP	SZPITAL SPECJALISTYCZNY "MATOPAT" NZOZ W TORUNIU PROWADZONY PRZEZ TZMO S.A.	TORUŃ STORCZYKOWA 8/10 566594800	124	393	1 912	1127	2 036	1,4 mln zł	457	1,6 mln zł	519	25%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwość zabiegowa <sup>b</sup>
H	SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1 IM. DR. ANTONIEGO JURASZA W BYDGOSZCZY	BYDGOSZCZ MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE 9 052 585 4520	93	81	1 173	538	1 266	3,1 mln zł	935	6,0 mln zł	1824	144%
H	SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY	BYDGOSZCZ UJEJSKIEGO 75 052/3655493	49	94	1 291	423	1 340	2,4 mln zł	734	2,7 mln zł	823	61%
H	SZPITAL WOJEWÓDZKI	WŁOCŁAWEK WIENIECKA 49 054 412-92-87	66	126	846	308	912	1,8 mln zł	543	1,8 mln zł	539	59%
HP	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. DR E. WARMIŃSKIEGO SPZOZ W BYDGOSZCZY	BYDGOSZCZ SZPITALNA 19 0523709400	17	55	398	166	415	2,5 mln zł	807	2,8 mln zł	890	214%
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. L. RYDYGIERA	TORUŃ ŚW. JÓZEFA 53/59 056-610-11-28	307	250	1 689	726	1 996	2,6 mln zł	801	2,7 mln zł	810	41%
H1D	ZAKŁAD MEDYCZNY "DIAGMED PLUS" WE WŁOCŁAWKU UTWORZONY PRZEZ ZAKŁAD MEDYCZNY "DIAG MED PLUS" SP.Z O.O.		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,3 mln zł	96	-

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwość zabiegowe <sup>b</sup>
<b>Lubelski OW NFZ</b>												
H	1 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SP ZOZ W LUBLINIE	LUBLIN AL. RACŁAWICKIE 23 817183296	2	49	92	88	94	0,8 mln zł	231	1,2 mln zł	357	380%
H1D	CENTRUM MEDYCZNE SANITAS SP. Z O.O.	LUBLIN HEMPLA 5 081 534-74-80	4	68	285	408	289	0,4 mln zł	149	0,7 mln zł	255	88%
HP	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE ANI-MED	JANÓW LUBELSKI ZAMOYSKIEGO 77 015 87 17 504	0	125	824	424	824	0,9 mln zł	296	1,1 mln zł	347	42%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM OKULISTYKI OKO-MED SP.Z O.O.	ZAMOŚĆ POLNA 9A 846383525	0	0	49	20	49	0,1 mln zł	35	0,3 mln zł	104	212%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWOCZESNE CENTRUM OKULISTYCZNE LASER S.C. JERZY SZAFLIK, MICHAŁ KAMIŃSKI	LUBLIN KAZIMIERZ JACZEWSKIEGO 2 815245050	2	11	73	24	75	0,1 mln zł	35	0,2 mln zł	71	95%
HP/H1D*	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OKULISTYKA S.C. - PARCZEW	PARCZEW KOŚCIELNA 124 0-601-361-360	0	0	202	143	202	2,0 mln zł	649	3,3 mln zł	1055	

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OKULISTYKA S.C. - TOMASZÓW LUBELSKI	TOMASZÓW LUBELSKI AL. GRUNWALDZKIE 1 601 361 360	0	0	90	30	90					
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIE SPECJALISTYCZNE		bd	bd	bd	bd	bd	0,1 mln zł	35	0,3 mln zł	104	-
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PULS	ZAMOŚĆ POLNA 9A 845303743	0	11	6	21	6	0,1 mln zł	34	0,3 mln zł	104	1728%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ VISUS	BYCHAWA PIŁSUDSKIEGO 30 81 566 27 97	0	0	70	83	70	0,6 mln zł	191	0,1 mln zł	47	68%
H1D	NZOZ EYEMED MIKROCHIRURGIA OKA	LUBLIN WITOLDA CHODŹKI 13 81 473 71 78	0	0	33	11	33	0,3 mln zł	104	1,3 mln zł	465	1408%
HP	OŚRODEK CHIRURGII OKA PROF. Z. ZAGÓRSKIEGO	NAŁĘCZÓW MAŁACHOWSKIEGO 5 081 5015 798 081 5015 799	20	346	2 056	785	2 076	0,8 mln zł	258	1,0 mln zł	327	16%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwość zabiegowe <sup>b</sup>
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 W LUBLINIE	LUBLIN CHMIELNA 1 0-81 53-498-53	413	60	3 269	348	3 682	8,6 mln zł	2 612	8,6 mln zł	2634	72%
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II	ZAMOŚĆ ALEJE JANA PAWŁA 10 084 677 37 00	69	70	1 213	338	1 282	3,5 mln zł	1 082	3,6 mln zł	1111	87%
HP	SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHEŁMIE	CHEŁM SZPITALNA 53 082 5623551	1	75	66	66	67	0,2 mln zł	80	0,3 mln zł	90	135%
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PUŁAWACH	PUŁAWY BEMA 1 081/886 42 91 do 7 wew. 299	116	150	1 359	537	1 475	1,5 mln zł	461	1,6 mln zł	492	33%
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRASNYMSTAWIE	KRASNYSTAW GŁOWACKIEGO 3 (082)5762831	25	79	554	169	579	1,8 mln zł	548	2,0 mln zł	622	107%
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY - BIAŁA PODLASKA	BIAŁA PODLASKA TEREBELSKA 57-65 083 3428596	36	32	1 177	230	1 213	3,8 mln zł	1 152	3,9 mln zł	1190	98%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
<b>Lubuski OW NFZ</b>												
HP	105 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻARACH		bd	bd	bd	bd	bd	0,9 mln zł	284	0,9 mln zł	279	-
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWOCZESNE CENTRUM OKULISTYCZNE LASER SPÓŁKA CYWILNA JERZY SZAFLIK, MICHAŁ KAMIŃSKI	NOWA SÓL CHAŁUBIŃSKIEGO 7 (068)388 23 29	5	44	261	68	266	0,5 mln zł	184	-	-	-
H	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWY SZPITAL W KOSTRZYNI NAD ODRĄ	KOSTRZYN NAD ODRĄ NARUTOWICZA 6 (095)752 30 11	287	193	1 700	430	1 987	3,3 mln zł	1 017	3,3 mln zł	1022	51%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWY SZPITAL WE WSCHOWIE		bd	bd	bd	bd	bd	0,1 mln zł	29	0,4 mln zł	147	-
H1D	OKULISTYCZNE CENTRUM CHIRURGII NZOZ KORŻEL	GORZÓW WLKP. PLAC JANA PAWŁA II 74 AB +48 601 781 963	18	142	28	302	46	0,4 mln zł	135	0,4 mln zł	142	308%
HP	PRYWATNE CENTRUM OKULISTYCZNE "BLIT-VISION"	ŻARY PARTYZANTOW 4	10	63	383	227	393	1,3 mln zł	411	1,3 mln zł	410	104%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwość zabiegów <sup>b</sup>
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W GORZOWIE WLKP.	GORZÓW WLKP. WALCZAKA 42	171	139	1 117	276	1 288	4,0 mln zł	1 223	3,8 mln zł	1160	90%
H	SZPITAL WOJEWÓDZKI SPZOZ W ZIELONEJ GÓRZE	ZIELONA GÓRA ZYTY 26	127	86	982	271	1 109	3,3 mln zł	1 007	3,6 mln zł	1095	99%
<b>Łódzki OW NFZ</b>												
HP	"SALVE" ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SP. Z O.O.	ŁÓDŹ A. STRUGA 3 (042)633 78 01; (042)633 56 61	8	44	250	258	258	0,4 mln zł	117	0,4 mln zł	143	55%
H1D	CENTRUM MEDYCZNE KSIĘŻY MŁYN	ŁÓDŹ PRZEDZALNIANA 66 +48 42 253 30 50	0	0	384	420	384	0,5 mln zł	164	0,5 mln zł	177	46%
H	III SZPITAL MIEJSKI IM. DR KAROLA JONSCHERA W ŁODZI	ŁÓDŹ-WIDZEW MILIONOWA 14 +48 42 676 17 74	674	98	990	242	1 664	4,2 mln zł	1 279	4,2 mln zł	1288	77%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ALFA" SPÓŁKI Z O.O."TRES-MED"		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,3 mln zł	111	-
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEGAMED"	BEŁCHATÓW CZAPLINIECKA 93/95 +48 446 352 901	0	0	49	75	49	0,3 mln zł	119	0,4 mln zł	138	282%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OPTICA" S.C.		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,5 mln zł	164	-
HP	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „CONTACT- MED” SP. Z O.O.	ŁÓDŹ CMENTARNA 1 +48 42 630 14 44	58	209	903	570	961	0,9 mln zł	290	0,9 mln zł	301	31%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ EUROMED	ZDUŃSKA WOLA ŁASKA 23 +48 43 825 42 44	0	146	120	728	120	0,2 mln zł	64	0,0 mln zł	5	4%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ JARMED S.C.	TOMASZÓW MAZOWIECKI JANA PAWŁA II 35 +48 426 550 330	12	419	428	393	440	0,5 mln zł	165	0,0 mln zł	14	3%
HP	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ KLINIKA OKULISTYCZNA JASNE BŁONIA	ŁÓDŹ ROJNA 90 +48 426 110 404	137	171	1 631	495	1 768	3,2 mln zł	1 047	3,1 mln zł	995	56%
HP	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDEOR PLUS SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY	ŁÓDŹ CIESIELSKA 8 +48 426 543 824	10	127	5 216	752	5 226	2,0 mln zł	644	2,2 mln zł	699	13%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PULSMED	ŁÓDŹ POLSKIEJ ORGANIZACJI WOJSKOWEJ 26 +48 42 633 32 75	17	96	958	364	975	1,1 mln zł	375	1,1 mln zł	378	39%



Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2011	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2012	Możliwość <sup>b</sup> zabiegowe
H/D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ROSA ALBA - CENTRUM OKULISTYCZNE	WIELUŃ SZPITALNA 16 (043)843 31 64	9	12	375	378	384	0,5 mln zł	177	0,6 mln zł	203	53%
HP	SAMODZIELNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. MIKOŁAJA KOPERNIKA W PIOTRKOWIE TRYBUNALSKIM	PIOTRKÓW TRYBUNALSKI RAKOWSKA 15 +48 44 648 04 39	0	341	944	337	944	2,1 mln zł	686	2,0 mln zł	646	68%
H	SP ZOZ UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY IM.WOJSKOWEJ AKADEMII MEDYCZNEJ UM W ŁODZI - CENTRALNY SZPITAL WETERANÓW	ŁÓDŹ ŻEROMSKIEGO 113 +48 42 639 34 24	83	90	2 098	513	2 181	3,9 mln zł	1 181	4,1 mln zł	1265	58%
H/HP*	SPZOZ IM. KARD. STEFANA WYSZYŃSKIEGO W SIERADZU	SIERADZ ARMII KRAJOWEJ 7 (043)827 84 20	4	14	1 976	359	1 980	2,6 mln zł	804	2,7 mln zł	872	44%
H	SPZOZ USK NR 1 IM. N.BARLICKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO	ŁÓDŹ KOPCIŃSKIEGO 22 +48 426 776 800	74	70	3 501	604	3 575	5,0 mln zł	1 531	5,3 mln zł	1606	45%
H	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. JANA PAWŁA II W BEŁCHATOWIE	BEŁCHATÓW CZAPLINIECKA 123 +48 44 635 85 80	87	100	746	293	833	3,1 mln zł	940	3,1 mln zł	946	114%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
HP	SZPITAL ZAKONU BONIFRATRÓW ŚW. JANA BOŻEGO W ŁODZI		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	1,0 mln zł	309	-
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE W ZGIERZU	ZGIERZ PARZĘCZEWSKA 35 +48 42 714 42 59	14	50	1 939	354	1 953	2,7 mln zł	810	3,1 mln zł	931	48%
HP	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SKIERNIEWICACH	SKIERNIEWICE SOBIESKIEGO 4 +48 46 834 08 22	2	0	664	239	666	1,4 mln zł	445	1,5 mln zł	486	73%
HP	ZOZ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI	ŁÓDŹ PÓŁNOCNA 42 (042)634 11 33	177	151	953	599	1 130	1,6 mln zł	524	1,7 mln zł	548	48%
<b>Małopolski OW NFZ</b>												
H1D	"CENTRE DE LA VISION" NZOZ	KRAKÓW SIENKIEWICZA 34 +48 12 633 03 63	8	69			8	0,4 mln zł	138	0,4 mln zł	141	1768%
H	5 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE	KRAKÓW WROCŁAWSKA 1-3 +48 126 308 068	54	73	1 551	710	1 605	2,1 mln zł	648	2,3 mln zł	691	43%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2011	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2012	Możliwość <sup>b</sup> zabiegowe
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "EUROMED" MARTA JANOSZ	TARNÓW SZEWSKA 12 (014)627 56 58	15	113	1 109	586	1 124	1,2 mln zł	422	1,2 mln zł	425	38%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OKO-TEST" DIAGNOSTYKA I CHIRURGIA OKA	NOWY TARG SZPITALNA 14 +48 604 792 762	1	110	1 219	500	1 220	1,2 mln zł	429	-	-	-
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZPITAL MIEJSKI W RABCE-ZDROJU" SP.Z O.O.		bd	bd	bd	bd	bd	0,7 mln zł	247	0,8 mln zł	272	-
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TWOJE ZDROWIE" SP. Z O.O.	NOWY SĄCZ ŻÓŁKIEWSKIEGO 13	0	0	53	9	53	0,2 mln zł	69	0,4 mln zł	141	266%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ KLINIKI OKULISTYCZNE LEXUMMEDICA - KRAKÓW	KRAKÓW ZWIERZYŃSKA 29 +48 12 431 17 66	4	24	305	73	309	0,8 mln zł	283	0,8 mln zł	289	94%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OKO-LASER	KRAKÓW KAMIENSKIEGO 47 +48 12 357 84 71	2	59	258	73	260	1,1 mln zł	367	1,0 mln zł	357	137%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SCANMED STREFA MEDYCZNA UNIVERSUM	KRAKÓW AL.POKOJU 2A +48 126 298 800	22	72	552	406	574	0,7 mln zł	239	0,7 mln zł	244	43%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM OKULISTYCZNE LASER SPÓŁKA CYWILNA JERZY SZAFLIK, MICHAŁ KAMIŃSKI	CHRZANÓW TOPOŁOWA 16 +48 326 238 344	59	227	1 139	504	1 198	1,2 mln zł	416	1,0 mln zł	338	28%
H1D	NZOZ "OSTEODEX" CENTRUM WIELOSPECJALISTYCZNE PORADNIA OSTEOPOROZY I CHOROBY KOSTNO-STAWOWYCH	NOWY SĄCZ GRUNWALDŹKA 62 (018)5475162	6	10	136	344	142	0,2 mln zł	68	0,4 mln zł	140	98%
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE	KRAKÓW KOPERNIKA 38 (012)424 70 00	42	92	1 257	519	1 299	1,6 mln zł	494	1,5 mln zł	466	36%
H1D	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI "SZPITAL POWIATOWY" IM.BŁ. MARTY WIECKIEJ	BOCHNIA KRAKOWSKA 31 (014)615 34 00	27	194	802	518	829	0,5 mln zł	173	0,5 mln zł	177	21%
H1D	SZPITAL POWIATOWY W LIMANOWEJ		bd	bd	bd	bd	bd	0,9 mln zł	315	0,8 mln zł	279	-

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwość zabiegowe <sup>b</sup>
H	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM STEFANA ŻEROMSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE	KRAKÓW OS. NA SKARPIE 66	27	96	1 049	388	1 076	1,8 mln zł	538	1,8 mln zł	549	51%
H	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. HENRYKA KLIMONTOWICZA W GORLICACH	GORLICE UL. WĘGIERSKA 21 (018)355 35 05	8	55	1 721	405	1 729	3,7 mln zł	1 122	3,8 mln zł	1159	67%
H	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. LUDWIKA RYDYGIERA W KRAKOWIE	KRAKÓW OS. ŻŁOTEJ JESIENI 1 +48 12 646 83 32	82	98	2 106	402	2 188	3,1 mln zł	932	3,1 mln zł	943	43%
H	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM.ŚW. ŁUKASZA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TARNOWIE	TARNÓW UL. LWOWSKA 178A	367	231	2 650	607	3 017	3,9 mln zł	1 189	3,8 mln zł	1156	38%
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL OKULISTYCZNY W KRAKOWIE	KRAKÓW DOŻYNKOWA 61 (012)415 64 44w. 217	14	92	3 870	324	3 884	7,4 mln zł	2 255	8,0 mln zł	2437	63%
HP	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W KRAKOWIE	KRAKÓW KRONIKARZA GALLA 25 (012)615 17 34	0	0	320	94	320	1,6 mln zł	522	1,7 mln zł	532	166%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
<b>Mazowiecki OW NFZ</b>												
H	BRÓDNOWSKIE CENTRUM SPECJALISTYCZNE	WARSZAWA KONDRATOWICZA 8 223265977	0	0	71	14	71	2,8 mln zł	862	2,0 mln zł	601	846%
H	CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSWiA W WARSZAWIE	MOKOTÓW WOŁOSKA 137 022-508-1477	49	85	762	195	811	3,8 mln zł	1 171	2,0 mln zł	620	76%
H1D	CENTRUM LECZNICZO REHABILITACYJNE I MEDYCYNY PRACY "ATTIS"	WARSZAWA GÓRCZEWSKA 89 3211414	0	0	36	11	36	2,8 mln zł	977	2,5 mln zł	852	2367%
HP	CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	TARGÓWEK GILARSKA 86C 022 311 7777	3	144	493	136	496	2,3 mln zł	751	0,9 mln zł	279	56%
H1D	CENTRUM MEDYCZNE MAVIT		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	7,6 mln zł	2637	-
HP	MEDIQ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	LEGIONOWO PIŁSUDSKIEGO 20 22 774-26-40	13	45	1 046	169	1 059	8,9 mln zł	2 863	6,7 mln zł	2157	204%
H1D	MEGA-LENS SP. Z O.O. /NZOZ OŚRODEK MIKROCHIRURGII OKA MEGA-LENS/	PRUSZKÓW WARSZTATOWA 1 0-22 668 60 09	3	0	674	285	677	1,0 mln zł	339	0,0 mln zł	16	2%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwość zabiegowe <sup>b</sup>
H	MIEDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE	WAWER BURSZTYNOWA 2 022 47-35-389	0	91	151	106	151	2,8 mln zł	853	2,9 mln zł	871	577%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BOPOL - WARSZAWA	WARSZAWA MODLIŃSKA 310/312 (22) 438 87 71	3	0	759	191	762	2,2 mln zł	764	2,1 mln zł	736	97%
H1D/H*	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE MAVIT	BIELANY PODLEŚNA 61 0 22 569 59 04	56	63	3 455	226	3 511	8,3 mln zł	2 866	2,7 mln zł	809	23%
HP	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE MML		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	1,0 mln zł	314	-
HP	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SENSOR CLINIQ	WARSZAWA KACZA 8 8625232	0	5	1 662	97	1 662	12,1 mln zł	3 892	12,0 mln zł	3855	232%
H1D	PWM SPÓŁKA Z O.O. /NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LAM MED/	WARSZAWA GILARSKA 86/C (022) 518-93-50	1	87	114	134	115	0,6 mln zł	192	-	-	-
H	RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO	RADOM TOCHTERMANA 1 0483615150	49	84	1 004	257	1 053	2,6 mln zł	787	2,2 mln zł	670	64%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY KLINICZNY SZPITAL OKULISTYCZNY W WARSZAWIE	WARSZAWA SIERAKOWSKIEGO 13 0226185556	115	38	2 352	201	2 467	9,2 mln zł	2 804	9,9 mln zł	3033	123%
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM.PROF.W.ORŁOWSKIEGO CMKP		bd	bd	bd	bd	bd	3,1 mln zł	938	2,6 mln zł	795	-
H1D	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WARSZAWA-URSYNÓW	WARSZAWA KAJAKOWA 12 228554737	1	4	bd	bd	bd	1,7 mln zł	590	1,3 mln zł	436	-
HP	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZASNYSZU	PRZASNYSZ SADOWA 9 029 75 34 200	10	50	699	127	709	3,1 mln zł	1 014	3,1 mln zł	1006	142%
H	SIEDLECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY	SIEDLCE PONIATOWSKIEGO 26 256403464	1	189	420	217	421	1,8 mln zł	551	0,9 mln zł	260	62%
H	SPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W CIECHANOWIE	CIECHANÓW POWST. WIELKOPOLSKICH 2 023 67 30 393	82	92	707	253	789	2,8 mln zł	869	2,9 mln zł	880	112%



Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
H	SZPITAL CZERNIAKOWSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	MOKOTÓW STĘPIŃSKA 19/25 22-318-63-83	220	120	999	351	1 219	3,3 mln zł	999	3,0 mln zł	900	74%
H	SZPITAL KLINICZNY DZIECIĄTKA JEZUS CENTRUM LECZENIA OBRAŻEN	ŚRÓDMIEŚCIE LINDLEYA 4 (22) 502-15-54	0	10	111	42	111	2,3 mln zł	712	2,1 mln zł	634	571%
H	SZPITAL POWIATOWY W WOŁOMINIE - SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	WOŁOMIN GDYŃSKA 1/3 022 76-33-239	22	40	958	183	980	4,4 mln zł	1 331	2,9 mln zł	872	89%
-	WOJEWÓDZKI SZPITAL BRÓDNOWSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	WARSZAWA KONDRATOWICZA 8 022 326 56 77	0	1	38	13	38	-	-	-	-	-
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W RADOMIU	RADOM J. ALEKSANDROWICZA 5 048/361-39-94	36	121	1 690	373	1 726	3,4 mln zł	1 052	3,5 mln zł	1 073	62%
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W PŁOCKU	PŁOCK MEDYCZNA 19 024 364-64-09	86	148	2 221	491	2 307	3,2 mln zł	965	3,1 mln zł	953	41%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
-	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W PŁOCKU	PŁOCK MEDYCZNA 19 269-71-78	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
H	WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCyny LOTNICZEJ	WARSZAWA KRASIŃSKIEGO 54 22/6852868	6	41	1 295	395	1 301	1,4 mln zł	428	1,5 mln zł	463	36%
H	WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZYNY	PRAGA-POŁUDNIE SZASERÓW 128 022 6816575	365	83	388	423	753	4,4 mln zł	1 356	4,0 mln zł	1217	162%
<b>Opolski OW NFZ</b>												
H1D	KRAPKOWICKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,8 mln zł	266	-
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWOCZESNE CENTRUM OKULISTYCZNE "LASER" S.C. JERZY SZAFLIK. MICHAŁ KAMIŃSKI	OPOLE KRAKOWSKA 44 +48 228 619 379	2	41	353	31	355	0,6 mln zł	209	-	-	-

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwość zabiegowe <sup>b</sup>
H	PUBLICZNY SAMODZIELNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE W OPOLU	OPOLE ALEJA WINCENTEGO WITOSA 26 +48 77 452 06 74	429	297	2 674	687	3 103	3,3 mln zł	1 012	3,5 mln zł	1079	35%
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KĘDZIERZYNIE-KOŻLU	KĘDZIERZYN - KOŻLE ROOSEVELTA 2 +48 774 062 495	730	176	2 850	520	3 580	6,3 mln zł	1 923	6,5 mln zł	1975	55%
H	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W NYSIE	NYSA M.SKŁODOWSKIEJ-CURIE 1 (077)408 79 01	5	96	2 008	697	2 013	2,1 mln zł	638	2,3 mln zł	694	34%
<b>Podkarpacki OW NFZ</b>												
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP II"	JASŁO LWOWSKA 22 (016)676 80 40	8	224	99	597	107	0,4 mln zł	153	0,0 mln zł	13	12%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "GOMED" SP. Z O.O.	LUBACZÓW MICKIEWICZA 168 (012)123 45 67	0	0	37	47	37	0,6 mln zł	214	1,0 mln zł	352	952%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OKULISTYKA	MIELEC ŻEROMSKIEGO 22 +48 17 780 01 00	1	33	415	280	416	1,3 mln zł	450	0,6 mln zł	217	52%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwość zabiegowe <sup>b</sup>
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK CHIRURGII OKA PROF. ZAGÓRSKIEGO	RZESZÓW MONIUSZKI 8 (017)861 38 80	4	257	1 578	834	1 582	1,9 mln zł	643	1,7 mln zł	586	37%
H1D	NZOZ OKO-RES		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,1 mln zł	48	-
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1 W RZESZOWIE	RZESZÓW RYCERSKA 4 (017)861 10 31	142	48	499	61	641	1,0 mln zł	309	2,2 mln zł	665	104%
HP	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWY SZPITAL SPECJALISTYCZNY W STALOWEJ WOLI	STALOWA WOLA STASZICA 4 (015)843 33 56	224	146	1 124	479	1 348	1,7 mln zł	557	1,6 mln zł	510	38%
HP	SZPITAL SPECJALISTYCZNY PRO FAMILIA T.WAPIŃSKI, Z.SOBIESZCZAŃSKI I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,3 mln zł	107	-
H1D	VISUM CLINIC SPÓŁKA Z O.O. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	RZESZÓW KOPISTO 2 (017)867 26 00	1	181	731	527	732	1,1 mln zł	371	0,6 mln zł	204	28%
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW.OJCA PIO W PRZEMYŚLU	PRZEMYŚL MONTE CASSINO 18 +48 16 677 50 19	50	120	818	401	868	1,9 mln zł	568	1,9 mln zł	579	67%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwość zabiegów <sup>b</sup>
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL PODKARPACKI IM. JANA PAWŁA II W KROŚNIE	KROSNO KORCZYŃSKA 57 (013)437 84 53	1677	289	2 548	639	4 225	6,1 mln zł	1 859	6,2 mln zł	1896	45%
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. FRYDERYKA CHOPINA W RZESZOWIE	RZESZÓW CHOPINA 2 (017)866 60 01	119	93	6 011	537	6 130	7,3 mln zł	2 233	7,5 mln zł	2277	37%
HP	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĘBICY	DĘBICA KRAKÓWSKA 91 (014)670 36 21	0	0	600	321	600	1,5 mln zł	494	1,4 mln zł	453	76%
<b>Podlaski OW NFZ</b>												
HP	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BOPOL - BIAŁYSTOK	BIAŁYSTOK FABRYCZNA 39 (85)664 75 70	8	80	1 008	298	1 016	1,9 mln zł	605	-	-	-
H1D/H P*	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDICA VISION - SUWAŁKI	SUWAŁKI WIGIERSKA 7 087 5627040	0	0	344	423	344	0,9 mln zł	326	0,6 mln zł	180	52%
HP	NOWOCZESNE CENTRUM MEDYCZNE LASER SP.Z O.O.		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	-	-	-
H1D/H P*	NZOZ "VISUS" OŚRODEK OKULISTYKI KLINICZNEJ JERZY MICHNOWSKI	BIAŁYSTOK ŚW. ROCHA 12A 085-744-68-18	0	42	1 088	402	1 088	0,9 mln zł	296	1,0 mln zł	335	31%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
HP	NZO OŚRODEK OKULISTYCZNY TĘCZÓWKA IWONA WITECKA-NALEWAJEK		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	1,0 mln zł	335	-
H	SP ZOZ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. J. ŚNIADECKIEGO	BIALYSTOK SKŁODOWSKIEJ-CURIE 26 085 7488142	18	82	1 219	605	1 237	1,6 mln zł	479	1,2 mln zł	353	29%
H	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM.KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY	ŁOMŻA PIŁSUDSKIEGO 11 086-473-32-48, 086-473-33-35	19	111	1 552	351	1 571	2,3 mln zł	697	2,0 mln zł	598	38%
-	UNIwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Ł. Zamenhofa w Białymstoku	BIALYSTOK WASZYNGTONA 17 7450747	0	39	2	42	2	-	-	-	-	-
H	UNIwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	BIALYSTOK M.C.SKŁODOWSKIEJ 24A 085-746-83-71	260	147	2 303	524	2 563	3,3 mln zł	1 004	2,6 mln zł	807	31%
<b>Pomorski OW NFZ</b>												
H	7 SZPITAL MARYNARKI WOJENNEJ Z PRZYCHODNIĄ - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	GDAŃSK POLANKI 117 (058)552 65 23	56	91	953	375	1 009	3,1 mln zł	931	3,1 mln zł	951	94%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2011	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2012	Możliwość <sup>b</sup> zabiegowe
H1D	CENTRUM MEDYCZNE "KARDIOTEL"	SOPOT JANA Z KOLNA 16 (058)555 94 16	2	0	592	334	594	0,5 mln zł	172	0,5 mln zł	166	28%
HP	KOCIEWSKIE CENTRUM ZDROWIA SP.Z O.O NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL SW. JANA W STAROGARDZIE GDAŃSKIM	STAROGARD GDAŃSKI DR JÓZEFA BALEWSKIEGO 1 (058)562 30 31w. 1433	40	330	2 909	725	2 949	2,1 mln zł	667	2,1 mln zł	676	23%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "VISMED" - GDAŃSK	GDAŃSK AL. ZWYCIESTWA 30 (058)761 84 20	1	131	429	618	430	0,5 mln zł	170	0,5 mln zł	169	39%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "VISMED" - MALBORK	MALBORK ARMII KRAJOWEJ 105/106 (058)761 84 20	1	0	204	99	205	0,5 mln zł	162	0,5 mln zł	169	82%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM ZDROWIA SALUS"	SŁUPSK ZIELONA 8 (059)848 90 00	5	55	823	193	828	3,1 mln zł	1 078	3,2 mln zł	1 106	134%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LAGUNA MEDICAL	GDAŃSK KARTUSKA 4/6 (058)719 81 04	40	134	468	348	508	0,3 mln zł	119	0,3 mln zł	118	23%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwość zabiegowe <sup>b</sup>
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LAM MED	SOPOT 23 MARCA 79/A (058)555 98 40	42	99	382	313	424	0,5 mln zł	173	0,5 mln zł	175	41%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SWISSMED CENTRUM ZDROWIA	GDAŃSK WILEŃSKA 44 (058)524 15 10	18	93	513	460	531	0,5 mln zł	171	0,5 mln zł	173	33%
H	SZPITAL MIEJSKI IM. J. BRUDZIŃSKIEGO W GDYNI	GDYNIA WÓJTA RADTKEGO 1 (058)666 55 93	108	133	1 953	487	2 061	2,7 mln zł	816	2,6 mln zł	803	39%
H	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. FLORIANA CEYNOWY	WEJHEROWO JAGALSKIEGO 10 +48 585 727 464	36	102	2 992	410	3 028	4,9 mln zł	1 500	4,9 mln zł	1494	49%
H	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. K. ŁUKOWICZA W CHOJNICACH	CHOJNICE LEŚNA 10 (052)395 67 18	55	240	3 389	768	3 444	2,3 mln zł	687	2,5 mln zł	774	22%
H	SZPITAL SPECJALISTYCZNY ŚW. WOJCIECHA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	GDAŃSK JANA PAWŁA II 50 (058)768 40 00	45	122	4 039	740	4 084	3,6 mln zł	1 114	3,7 mln zł	1125	28%
H	UNIwersyteckie Centrum Kliniczne	GDAŃSK DĘBINKI 7 (058)349 23 70	23	63	2 507	159	2 530	3,6 mln zł	1 089	3,6 mln zł	1100	43%



Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwość zabiegowa <sup>b</sup>
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANUSZA KORCZAKA	SŁUPSK UL. KOPERNIKA 28 (059)842 84 81	112	106	1 580	635	1 692	2,4 mln zł	728	2,5 mln zł	767	45%
<b>Śląski OW NFZ</b>												
H1D	"PERFECTUS ZDROWIE" SP. Z O.O. - NZOZ "PERFECTUS"	GOCZAŁKOWICE ZDRÓJ UZDROWISKOWA 59 +48 322 127 167	14	273	125	0	139	0,2 mln zł	74	0,0 mln zł	6	4%
H	106 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	GLIWICE ZYGMUNTA STAREGO 20 (032)230 49 39	9	122	679	422	688	1,1 mln zł	324	0,9 mln zł	265	39%
HP	ANGELIUS SZPITAL PROVITA		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,8 mln zł	258	-
HP	BESKIDZKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O.	BIELSKO-BIAŁA MŁODZIEŻOWA 21 (033)821 83 00	12	108	3 087	321	3 099	4,1 mln zł	1 327	4,3 mln zł	1375	44%
H1D	ESCULAP ODDZIAŁ CHIRURGII MAŁOINWAZYJNEJ		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,5 mln zł	173	-
H1D	ESTEDERM ESTETYKA I DERMATOLOGIA CENTRUM DERMATOLOGII ESTETYCZNEJ I CHIRURGII		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,6 mln zł	195	-

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
H	EUROMEDIC MEDICAL CENTER	bd	bd	bd	bd	bd	bd	-	-	3,0 mln zł	915	-
H	NEFROLUX LUCJAN SOBIERAJ, WOJCIECH KAMIŃSKI SPÓŁKA JAWNA		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,5 mln zł	153	-
H1D	NIEPUBLICZNY OKULISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LENS-MED"S.C.	TYCHY NARCYZÓW 24/ (032)329 80 88	0	0	394	262	394	0,4 mln zł	131	0,0 mln zł	10	2%
H1D	NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CHIRURGIA ŻYŁ".	BIELSKO-BIAŁA DASZYŃSKIEGO 78 (033)821 62 16	0	51	53	169	53	0,5 mln zł	172	0,0 mln zł	13	24%
H1D	NIEPUBLICZNY WIELOSPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZABRZAŃSKIE CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ "SALUBRIS"	ZABRZE WOLNOŚCI 338B (032)370 22 96	0	0	530	723	530	0,3 mln zł	115	0,0 mln zł	9	2%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KLINIKA OKULUS" SP. Z O.O.	BIELSKO-BIAŁA GÓRSKA 19 (033)816 25 78	3	113	602	460	605	0,8 mln zł	278	0,8 mln zł	267	44%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LUKS MED"	KATOWICE LIGOCKA 3A +48 32 205 33 53	0	46	163	258	163	0,3 mln zł	91	0,4 mln zł	137	84%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2011	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2012	Możliwość <sup>b</sup> zabiegowe
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OKOMED" S.C.	GOCZAŁKOWICE-ZDRÓJ UZDROWISKOWA 59 (032)212 75 00	25	87	274	832	299	0,1 mln zł	25	0,3 mln zł	108	36%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ŚWIĘTA MONIKA"	MYSZKÓW ALEJA WOLNOŚCI 20 (034)313 73 00	0	49	182	236	182	0,2 mln zł	59	0,4 mln zł	135	74%
HP	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRYWATNY SZPITAL "K 2000" SP. J.	KATOWICE ŻELAZNA 1 (032)359 09 99	21	106	1 281	327	1 302	2,3 mln zł	729	0,7 mln zł	222	17%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SP.Z O.O."MEDYK"		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,0 mln zł	10	-
H	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL MIEJSKI W RUDZIE ŚLĄSKIEJ	M. RUDA ŚLĄSKA WINCENTEGO LIPA 2 (032)779 59 36	35	182	1 103	425	1 138	1,9 mln zł	583	0,2 mln zł	50	4%
H	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY W GLIWICACH	GLIWICE KOŚCIUSZKI 1 (032)238 20 91	97	120	2 002	452	2 099	2,5 mln zł	763	0,2 mln zł	65	3%
H1D	NZOZ "CENTRUM LEKARSKIE ALFA" S.C.	HARBUTOWICE HARBUTOWICE 215 (033)858 44 11	5	46	840	389	845	1,2 mln zł	403	1,0 mln zł	357	42%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwość zabiegowe <sup>b</sup>
HP	NZOZ BIEL-MED SP ZOO. SZPITAL POD BUKAMI	BIELSKO-BIAŁA SZARA 5 (033)829 95 00	12	136	736	335	748	1,6 mln zł	522	1,8 mln zł	582	78%
HP	NZOZ EUROMEDIC KLINIKI SPECJALISTYCZNE JANINA LEŚNIK- LUDYGA	KATOWICE ROLNA 18 (032)354 05 87	21	127	329	328	350	0,8 mln zł	262	2,1 mln zł	665	190%
H	NZOZ SZPITAL IM. DR.B.HAGERA	TARNOWSKIE GÓRY PYSKOWICKA 47-51 (032)285 42 73	37	104	1 275	547	1 312	1,6 mln zł	475	1,3 mln zł	399	30%
H	OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH SZPOZ	KATOWICE PANEWNICKA 65 (032)605 35 91	192	77	1 830	530	2 022	3,3 mln zł	1 014	0,6 mln zł	180	9%
H1D	PRYWATNE CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZE KOMED	CZĘSTOCHOWA SOBIESKIEGO 54 (034)324 61 54	0	156	277	272	277	0,1 mln zł	32	0,0 mln zł	3	1%
HP	PRYWATNY SZPITAL WEISS KLINIK	CHORZÓW WIEJSKA 4 (032)245 97 63	12	73	753	394	765	1,2 mln zł	378	1,4 mln zł	457	60%
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 5 ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH	KATOWICE CEGLANA 35 (032)358 12 54	145	137	9 377	387	9 522	18,1 mln zł	5 525	19,7 mln zł	6023	63%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ SZPITALI MIEJSKICH W CHORZOWIE	CHORZÓW KAROLA MIARKI 40 (032)349 97 21	56	147	1 237	535	1 293	1,8 mln zł	536	0,8 mln zł	236	18%
H	SP ZOZ SZPITAL NR 2 IM. DR. TADEUSZA BOCZONIA W MYSŁOWICACH	MYSŁOWICE BYTOMSKA 41 (032)318 33 48	11	134	2 225	597	2 236	2,7 mln zł	829	2,8 mln zł	859	38%
H	SP ZOZ WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 3 W RYBNIKU	RYBNIK ENERGETYKÓW 46 (032)429 11 52	12	206	3 102	979	3 114	1,9 mln zł	588	2,2 mln zł	666	21%
H	SPZOZ WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 4 W BYTOMIU	BYTOM ALEJA LEGIONÓW 10 +48 32 281 02 71 w. 4350	27	37	541	120	568	3,3 mln zł	998	2,5 mln zł	762	134%
H	SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU	ZAWIERCIE MIODOWA 14 (032)674 02 98	57	135	1 035	501	1 092	1,5 mln zł	444	1,5 mln zł	473	43%
H	SZPITAL REJONOWY IM. DR. JÓZEFA ROSTKA W RACIBORZU	RACIBÓRZ GAMOWSKA 3 +48 32 755 52 22	9	256	1 059	674	1 068	0,9 mln zł	284	1,0 mln zł	299	28%
H	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. SZ. STARKIEWICZA	DĄBROWA GÓRNICZA SZPITALNA 13 (032)262 32 75	61	213	1 072	765	1 133	1,3 mln zł	383	0,7 mln zł	217	19%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2011	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2012	Możliwość <sup>b</sup> zabiegowe
H	SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 1 W BYTOMIU	BYTOM ZEROMSKIEGO 7 (032)396 32 55	15	89	191	339	206	2,2 mln zł	657	2,0 mln zł	597	290%
H	SZPITAL WOJEWÓDZKI W BIELSKU-BIAŁEJ	BIELSKO-BIAŁA AL.ARMII KRAJOWEJ 101 (033)810 24 85	20	175	1 875	490	1 895	2,4 mln zł	742	2,5 mln zł	758	40%
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. N.M.P.	CZĘSTOCHOWA BIAŁSKA 104/118 +48 34 367 31 23	171	145	1 610	348	1 781	2,3 mln zł	707	2,3 mln zł	714	40%
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 1 IM. PROF. JÓZEFA GASIŃSKIEGO	TYCHY EDUKACJI 102 (032)325 43 97	62	128	3 339	1220	3 401	3,1 mln zł	936	1,7 mln zł	532	16%
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 2 W JASTRZĘBIU ZDROJU	JASTRZĘBIE-ZDRÓJ ALEJA JANA PAWŁA II 7 (032)478 44 42	61	113	449	366	510	0,8 mln zł	245	1,1 mln zł	326	64%
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 5 IM. ŚW. BARBARY	SOSNOWIEC PLAC MEDYKÓW 1 (032)368 25 71	204	81	1 764	313	1 968	4,6 mln zł	1 404	5,9 mln zł	1793	91%
H	ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W CIESZYŃNIE	CIESZYŃ BIELSKA 4 (033)852 05 11	18	51	679	400	697	1,2 mln zł	355	1,0 mln zł	295	42%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwość zabiegów <sup>b</sup>
<b>Świętokrzyski OW NFZ</b>												
H1D	MEDI LENS NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	KIELCE KOZIA 3A (041)344-62-00	2	131	491	496	493	0,5 mln zł	158	0,5 mln zł	182	37%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - "MEDYK" - KOPRZYWNICA	SANDOMIERZ SCHINZLA 13 (015) 832 95 35	5	124	160	322	165	0,2 mln zł	66	-	-	-
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM OKULISTYCZNE LASER	PIŃCZÓW ARMII KRAJOWEJ 22 609155258	66	187	1 035	468	1 101	0,7 mln zł	234	-	-	-
H1D	NSZOZ CENTRUM MEDYCZNE VISUS VISUS II SP.Z O.O.- STARACHOWICE		bd	bd	bd	bd	bd	1,6 mln zł	552	1,4 mln zł	473	-
H	POWIATOWY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - STARACHOWICE	STARACHOWICE RADOMSKA 70 041 273-96-06	50	97	563	241	613	2,2 mln zł	685	2,6 mln zł	805	131%
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KIELCACH	KIELCE GRUNWALDZKA 45 41 36 71 440	373	167	2 183	486	2 556	3,6 mln zł	1 111	3,9 mln zł	1 199	47%
H	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ - KOŃSKIE	KOŃSKIE GIMNAZJALNA 41B 0413902305	95	509	1 080	583	1 175	1,5 mln zł	454	1,6 mln zł	500	43%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
H	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM	OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI SZYMAŃOWSKIEGO 11 247-80-00	44	223	1 204	447	1 248	1,5 mln zł	466	1,8 mln zł	545	44%
H1D	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIŃCZOWIE		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	1,1 mln zł	-	-
<b>Warmińsko-Mazurski</b>												
H/H1D *	108 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SPZOZ W ELKU	ELK KOŚCIUSZKI 30 087 6219853	11	81	1 667	560	1 678	2,1 mln zł	637	2,2 mln zł	776	46%
HP	ELBLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY Z PRZYCHODNIĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ELBLĄGU	ELBLĄG KOMENSKIEGO 35 /055 239-44-71	7	153	1 022	638	1 029	1,1 mln zł	346	1,6 mln zł	503	49%
H	MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE	OLSZTYN NIEPODLEGŁOŚCI 44 089-5326226	3	6	2 363	1017	2 366	1,6 mln zł	491	1,9 mln zł	589	25%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TWOJE OCZY"	IŁAWA ANDERSA 3 0602735619	0	59	440	793	440	0,4 mln zł	125	0,1 mln zł	46	10%



Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDICA VISION - KĘTRZYN	KĘTRZYN M. SKŁÓDOWSKIEJ-CURIE 2 696565056	1	0	140	319	141	0,9 mln zł	319	-	-	-
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDICA VISION - OLECKO	OLECKO GOŁDAPSKA 1 087 5202374	0	0	905	0	905	-	-	-	-	-
H1D	NZOZ CENTRUM DIAGNOSTYKI I MIKROCHIRURGII OKA-LENS		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,4 mln zł	135	-
H1D	POWIATOWY SZPITAL IM.WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,4 mln zł	-	-
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY - OLSZTYN	OLSZTYN ŻOŁNIERSKA 18 089 5386405	3	4	2 404	700	2 407	2,0 mln zł	601	2,2 mln zł	680	28%
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY	ELBLĄG KRÓLEWIECKA 146 055-239-59-41	10	132	4 922	861	4 932	3,6 mln zł	1 110	3,9 mln zł	1184	24%
<b>Wielkopolski OW NFZ</b>												
H1D	"CHIRURGIA POZNAŃSKA" PRYWATNA SPECJALISTYCZNA PRAKT. MED. R. CZERNIGA	POZNAŃ-STARE MIASTO PIĄTKOWSKA 94 (061)84-66-540	0	0	0	15	0	0,9 mln zł	313	1,5 mln zł	510	-

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2011	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2012	Możliwość <sup>b</sup> zabiegowe
H/HP*	111 SZPITAL WOJSKOWY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	POZNAŃ-GRUNWALD GRUNWALDZKA 16/18 0618574329	1	52	140	150	141	1,4 mln zł	413	0,0 mln zł	1,48	1%
HP	AMIKA KONSORCJUM MEDYCZNE SP. Z O.O. PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA	WRZEŚNIA PIASTÓW 16 061 437 77 43	0	48	152	758	152	0,3 mln zł	99	0,7 mln zł	220,27	145%
H1D	CENTRUM MEDYCZNE ŚW. JERZEGO	POZNAŃ-JEŻYCE JASIELSKA 14 061 844 27 27	0	0	455	283	455	0,4 mln zł	129	0,6 mln zł	195,27	43%
H1D	ER-MED IZABELA KRAJDOCHA, DANUTA ZAWACKA SPÓŁKA CYWILNA		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	1,1 mln zł	374,91	-
H1D	KALISKI OŚRODEK OKULISTYCZNY I CHIRURGICZNO - ORTOPEDYCZNY "OKULUS"	KALISZ ŚRODMIEJSKA 34 062 7577745, 46, 47	6	33	908	224	914	2,6 mln zł	908	2,4 mln zł	833,09	91%
HP	KALMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,8 mln zł	265,24	-
H1D	NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OFTALMUS"	POZNAŃ OBORNICKA 262 (061) 671 01 97	0	23	62	74	62	0,7 mln zł	235	-	-	-

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwość zabiegowe <sup>b</sup>
H1D	NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MED-POLONIA		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	0,9 mln zł	312	-
H	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZPITAL W PUSZCZYKOWIE IM. PROF. STEFANA TYTUSA DĄBROWSKIEGO"	PUSZCZYKOWO KRASZEWSKIEGO 11 0-61-89-84-141	1	111	370	84	371	3,6 mln zł	1 113	4,0 mln zł	1207	325%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CALISIA	KALISZ KWIATOWA 1 062 757 33 53	0	0	464	321	464	0,7 mln zł	251	-	-	-
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ EUROMED PORADNIA OKULISTYCZNA		bd	bd	bd	bd	bd	0,1 mln zł	21	1,0 mln zł	341	370%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ EUROMED PORADNIA OKULISTYCZNA W KONINIE	KONIN SZELIGOWSKIEGO 1 063 249 18 74	1	468	91	452	92					
HP	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LESZCZYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE "VENTRICULUS" SPÓŁKA Z O.O.	LESZNO SŁOWIAŃSKA 41 065-520-65-80	8	87	307	423	315	0,6 mln zł	200	0,2 mln zł	79	25%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE VIGOR MED		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	1,2 mln zł	422	-
H1D	NSZOZ LASER LENS	GNIEZNO 3 MAJA 37 (061) 428 28 09; 691 987 145	880	557	13	614	893	0,9 mln zł	306	-	-	-
H1D	NZOZ VISUS-KAL CENTRUM OKULISTYCZNE	KALISZ POZNAŃSKA 23 062 502 50 55	12	44	459	184	471	1,3 mln zł	467	-	-	-
HP/H1D*	POLIKLINIKA CHIRURGII PLASTYCZNEJ I OKULISTYKI NZOZ	KOBYLNIKI TĘCZOWA 3 (061) 8482-444	94	224	1 888	851	1 982	0,9 mln zł	294	0,5 mln zł	174	9%
H1D	PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNO-DIAGNOSTYCZNA "CENTRUM MEDYCZNE"	WOLSZTYN DWORCOWA 3 (068)3473797	69	109	2 274	440	2 343	1,0 mln zł	336	-	-	-
	PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNO-DIAGNOSTYCZNA "CENTRUM MEDYCZNE" MARIA LEŚNICZAK I IWONA ZYS SPÓŁKA CYWILNA		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	1,5 mln zł	521	-

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2011	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów <sup>a</sup> 2012	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
H	SPECJALISTYCZNY SZPITAL KLINICZNY UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM.KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU		bd	bd	bd	bd	bd	-	-	1,8 mln zł	548	-
H	SZPITAL KLINICZNY PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU	POZNAŃ-STARE MIASTO DŁUGA 1/2 061-854-92-41	28	0	472	1306	500	3,4 mln zł	1 028	4,0 mln zł	1209	242%
H1D	SZPITAL POWIATOWY WE WRZEŚNI SPÓŁKA Z O.O.	WRZEŚNIA SŁOWACKIEGO 2 061/4370-516	0	0	24	27	24	0,4 mln zł	134	-	-	-
H	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA	PIŁA RYDYGIERA 1 67 2106484	46	110	1 178	595	1 224	1,7 mln zł	509	1,5 mln zł	456	37%
H	SZPITAL WOJEWÓDZKI W POZNANIU	POZNAŃ-JEŻYCE JURASZÓW 7-19 0618212595	52	66	886	498	938	3,1 mln zł	960	3,2 mln zł	989	105%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwość zabiegowa <sup>b</sup>
H	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. J. STRUSIA Z ZAKŁADEM OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Z SIEDZIBĄ W POZNANIU PRZY UL. SZWAJCARSKIEJ 3	POZNAŃ-NOWE MIASTO SZWAJCARSKA 3 061 87-39-110	0	41	644	159	644	3,7 mln zł	1 141	4,1 mln zł	1248	194%
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. LUDWIKA PERZYNY W KALISZU	KALISZ POZNANSKA 79 062 765-18-17, 765-18-18	0	12	657	132	657	2,5 mln zł	777	2,5 mln zł	773	118%
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KONINIE	KONIN KARDYNAŁA S. WYSZYŃSKIEGO 1 0632404355	28	1022	130	470	158	2,8 mln zł	849	2,9 mln zł	898	568%
H	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W LESZNE		bd	bd	bd	bd	bd	2,0 mln zł	606	2,0 mln zł	605	-
H1D	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ I MEDYCYNY PRACY "MED-ALKO" SP.Z O.O.	KONIN GAJOWA 7 063 2477460	2	54	76	67	78	0,8 mln zł	277	0,6 mln zł	224	288%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
<b>Zachodniopomorski OW NFZ</b>												
H	107 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WAŁCZU	WAŁCZ KOŁOBRZESKA 44 067-250-28-80	1	18	134	154	135	0,7 mln zł	224	0,6 mln zł	196	145%
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "EUROMED"		bd	bd	bd	bd	bd	0,2 mln zł	53	-	-	-
H1D	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ KLINIKI OKULISTYCZNE LEXUMMEDICA - SZCZECIN	SZCZECIN MICKIEWICZA 140 91-487 70 80	3	40	54	19	57	0,2 mln zł	69	-	-	-
HP	POMORSKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ "PODIMED" SP. Z O.O.	SZCZECINEK KOŚCIUSZKI 38-38B 94 366 19 45	26	36	348	48	374	0,6 mln zł	205	1,0 mln zł	327	88%
H1D	PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA "REDA-MED"		bd	bd	bd	bd	bd	0,1 mln zł	48	-	-	-
H	REGIONALNY SZPITAL W KOŁOBRZEGU	KOŁOBRZEG ŁOPUSKIEGO 33 0943530263	0	0	1 505	194	1 505	3,6 mln zł	1 104	3,5 mln zł	1063	71%
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 POMORSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO	SZCZECIN POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH 72 0914661275	195	87	2 581	348	2 776	7,3 mln zł	2 228	7,6 mln zł	2328	84%

Zakres świadczeń	Placówka	Adres	Kolejka P	Czas oczekiwania P	Kolejka S	Czas oczekiwania S	Kolejka razem	Kontrakty 2011	Liczba zabiegów 2011 <sup>a</sup>	Kontrakty 2012	Liczba zabiegów 2012 <sup>a</sup>	Możliwości zabiegowe <sup>b</sup>
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY	SZCZECIN ARKOŃSKA 4 0918139243	12	37	1 613	257	1 625	3,0 mln zł	922	3,3 mln zł	1006	62%
H	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRYFICACH	GRYFICE NIECHORSKA 27 (91)3842061 wew 308	1	10	149	138	150	1,6 mln zł	497	1,7 mln zł	518	346%
H1D	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE SZCZECIŃSKIM	STARGARD SZCZECIŃSKI WOJSKA POLSKIEGO 27 091 573-44-87	6	47	436	109	442	1,0 mln zł	355	1,1 mln zł	377	85%
H	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. M. KOPERNIKA W KOSZALINIE	KOSZALIN CHAŁUBIŃSKIEGO 7 0943488400	1	239	1 728	884	1 729	4,4 mln zł	1 328	4,4 mln zł	1350	78%
-	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. M. KOPERNIKA W KOSZALINIE	KOSZALIN CHAŁUBIŃSKIEGO 7 34-88-400	0	2	1770	874	1770	-	-	-	-	-
H	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W SZCZECINIE	SZCZECIN JAGIELLOŃSKA 44 0914329511	14	144	4 429	544	4 443	4,8 mln zł	1 463	4,9 mln zł	1494	34%

H – hospitalizacja; HP – hospitalizacja planowa; H1D – leczenie jednego dnia; P – przypadek pilny; S – przypadek stabilny; bd – brak danych

a) liczba zabiegów obliczona przez podzielenie wartości kontraktów przez średni koszt zabiegu; b) możliwości zabiegowe wyznaczone przez podzielenie liczby zabiegów możliwych do wykonania w 2012 roku przez całkowitą długość kolejki

Źródło: [36, 43]