



**STOWARZYSZENIE CHIRURGÓW OKULISTÓW POLSKICH**

**ORAZ**



**ETMEK – ETYKA, MEDYCYNĄ, EKONOMIA**

**RACHUNEK KOSZTÓW CHIRURGICZNEGO USUNIĘCIA  
ZĄĆMY METODĄ FAKOEMULSYFIKACJI Z WSZCZEPEM  
SOCZEWKI WEWNĄTRZGAŁKOWEJ**

Warszawa, maj – sierpień 2013 r.

## 1. CEL PRZEPROWADZENIA RACHUNKU KOSZTÓW

W lipcu 2008 roku wprowadzono do polskiego systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nowy system finansowania świadczeń opieki zdrowotnej; system ten opiera się o metodologię wypracowaną w Stanach Zjednoczonych, w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku, a jego podstawowym założeniem jest racjonalizacja wydatków publicznej opieki zdrowotnej. System Jednorodnych Grup Pacjentów (dalej: JGP) – bo o nim tu mowa – jest aplikacją do polskiej rzeczywistości brytyjskiego systemu HRG.

Celem przeprowadzenia rachunku kosztów chirurgicznego usunięcia zaćmy jest wskazanie zestandaryzowanego rachunku kosztów, opartego o wydzielenie etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz ciągów działań koniecznych w każdym z etapów. Przyjęcie takiego założenia zbliża przedstawiony materiał do metodologii stosowanej w rachunku kosztów działań (Activity-Based Costing), który jest uznany za jeden z najlepszych modeli opisujących kosztową rzeczywistość zjawisk mających swój wymiar ekonomiczny. Podstawową zaletą takiej metodologii jest jej uniwersalność: stosowanie tak przedstawionego rachunku kosztów w konkretnym problemie zdrowotnym daje określenie poziomu kosztów procesu diagnostyczno-terapeutycznego z zastosowaniem różnych metod leczenia poprzez „wymianę” jednego z etapów bądź jednego z ciągów działań.

Przejmując brytyjską metodologię tworzenia JGP nie zastosowano metod ewaluacji tego systemu: HRG jest poddawane ciągłej weryfikacji kosztowej na podstawie zestandaryzowanych danych składanych płatnikowi. W Polsce jedynym aktem prawnym dotyczącym rachunku kosztów w systemie opieki zdrowotnej było Rozporządzenie ministra właściwego ds. zdrowia w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.98.164.1194); rozporządzenie to obowiązywało od 01 stycznia 1999 r. do 30 czerwca 2011 r. Obecnie nie ma żadnych podstaw prawnych regulujących rachunek kosztów w podmiotach prowadzących działalność leczniczą.

## 2. METODOLOGIA

Przedkładany rachunek kosztów jest wynikiem bezpośredniej współpracy lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii zaćmy z koordynatorem projektu<sup>1</sup> oraz ze Stowarzyszeniem Chirurgów Okulistów Polskich<sup>2</sup>.

W konstrukcji etapów i ciągów działań zabiegu chirurgicznego usunięcia zaćmy z wszczepem soczewki wewnątrzgałkowej za postawę uznano:

- a) *Postępowanie okołooperacyjne w chirurgii zaćmy. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego*, PTO 2012.
- b) *Podsumowanie założeń dla zalecanych algorytmów postępowania w praktyce klinicznej (Preferred Practice Pattern®)*, American Academy of Ophthalmology, October 2011, za: <http://pto.com.pl/app/webroot/userfiles/Zalecenia%20AAO%202012%20PL.pdf>.
- c) *Conditions de réalisation de la chirurgie de la cataracte: environnement technique. Rapport d'évaluation*, Juillet 2010, Haut Autorité de Santé, za : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
- d) Benjamin L., *Chirurgia zaćmy*, red. Misiuk-Hojno M., ser. Techniki Chirurgiczne w Okulistyce, Wrocław 2008, Elsevier Urban & Partner.

Wycena poszczególnych kosztów bezpośrednich została przeprowadzona na podstawie metod zaproponowanych w pracy habilitacyjnej:

- a) Misiński W., *Modelowanie systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, Wrocław 2007, Wydawnictwo AE.

oraz na podstawie:

- b) *Rachunkowość*, red. Cebrowska T., Wrocław 2000, AE we Wrocławiu.

Materiał wykorzystuje także doświadczenia zebrane przez koordynatora projektu w trakcie prac przy projekcie „Polski LKF” oraz w pracy w szpitalach publicznych Mazowsza i Dolnego Śląska.

---

<sup>1</sup> Koordynatorem projektu jest Paweł Nawara, etyk, specjalista w zakresie systemów opieki zdrowotnej. Wieloletni pracownik instytucji płatnika publicznego, szpitali, w latach 2010-2012 szef Zespołu ds. Wybranych Funkcjonalności Systemów NFZ, lider projektu JGP w województwie mazowieckim, uczestnik Zespołu Akceptacyjnego JGP.

<sup>2</sup> Członkowie Zarządu SCOP przeanalizowali i zmodyfikowali ostateczną wersję rachunku, akceptując jego założenia metodologiczne.

### 3. PROCES KONSULTACJI

Materiał został przedstawiony lekarzom specjalistom, naukowcom, dyrektorom szpitali, osobom zarządzającym w placówkach różnych województw w Polsce.

Materiał był konsultowany przez pracowników szpitali publicznych szczebla powiatowego (2), wojewódzkiego (2) i klinicznego (1), a także 3 szpitali niepublicznych.

Konsultacje prowadzone były w województwach: lubelskim, dolnośląskim, pomorskim, śląskim i mazowieckim.

Wzięto pod uwagę wszystkie uwagi o charakterze medycznym.

Część uwag dotyczących wyceny poszczególnych elementów rachunku, jako wartości skrajne, zostało przez koordynatora pominięte; dotyczy to szczególnie kosztów osobowych oraz kosztów pośrednich.

W związku z charakterem opracowywanych danych (dane wrażliwe), zawierających informacje o charakterze tajemnicy przedsiębiorstwa / tajemnicy handlowej, pominięto dane personalne i dane identyfikujące konkretne placówki.

Ostateczna wersja rachunku została dopracowana we współpracy ze Stowarzyszeniem Chirurgów Okulistów Polskich.

### 4. IDENTYFIKACJA PROBLEMU ZDROWOTNEGO I EPIDEMIOLOGIA

W materiale wzięto pod uwagę informacje zawarte w:

*Dostęp do opieki okulistycznej w Polsce. Podejście systemowe. Najważniejsze problemy związane z dostępem doświadczeń okulistycznych.* CEESTAHC 2012.

## 5. RODZAJE KOSZTÓW

W przeprowadzeniu rachunku kosztów uwzględniono fakt konieczności ustalenia rzeczywistego kosztu wytworzenia usługi, zatem konieczne było posłużenie się kategoriami kosztów bezpośrednich i pośrednich. Koszty bezpośrednie to koszty materiałowe i osobowe, koszty pośrednie – koszt gotowości Sali operacyjnej i koszty pobytowe.

W rachunku wskazano także koszty ryczałtu diagnostycznego i konsultacji specjalistycznych, określonych na poziomie finansowania płatnika publicznego, o ile byłyby realizowane w ramach umowy w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Z tego powodu nie uwzględniono kosztów pośrednich etapów kwalifikacji do zabiegu.

- 5.1 Koszty bezpośrednie: w większości przypadków materiały bezpośrednie są materiałami jednorazowego użytku; koszt leków został określony na podstawie farmakoterapii stosowanej przez jeden ze szpitali wojewódzkich w korelacji z wytycznymi PTO z uwzględnieniem zużycia leku na 1 pacjenta (jednostkowy koszt materiałowy to iloczyn różnicy ilości jednostki miary potrzebnej do wykonania określonej liczby procedur przez liczbę procedur, z ceną jednostki miary). W przypadku sprzętu określono koszty normatywne: różnica ceny sprzętu przez możliwą do wykonania liczbę procedur daje udział kosztu sprzętu w jednej procedurze. Część sprzętu (lampa, aparat do znieczulenia etc.) stanowi koszt gotowości sali operacyjnej.
- 5.2 Jednostkowy koszt osobowy został określony jako iloczyn zużytego czasu pracy wyrażonego w jednostkach (godzina) z kosztem jednostki<sup>3</sup>. Modyfikacja schematu określonego przez W. Misińskiego dotyczy wyróżnienia „grupa pracownicza”: w trakcie zabiegu uczestniczą osoby o znacznie zróżnicowanych przychodach, należących do tej samej grupy pracowniczej (np. lekarz operator, asysta, anestezjolog etc.).
- 5.3 Koszty diagnostyki laboratoryjnej oraz koniecznych porad lekarskich wydzielono jako „ryczałt AOS”, czyli koszt, jaki płatnik ponosi (bądź poniosłby), jeśli zostałyby rozliczone w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ze względu na możliwy, różny tryb realizacji świadczenia nie starano się określić kosztu pojedynczego badania (np. morfologii krwi bądź OCT).

---

<sup>3</sup> Za: Misiński Wojciech, *Modelowanie systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, Wrocław 2008.

- 5.4 Koszt gotowości Sali operacyjnej – koszty te zostały przypisane proporcjonalnie do czasu, jaki jest konieczny do wykonania zabiegu (0,5 h). W kosztach sali operacyjnej mieszczą się koszty teoretycznie możliwe do przypisania jako materiałowe, jednak zasadność takiego działania jest wysoce wątpliwa: opisanie lampy operacyjnej oraz – na przykład – aparatury anestezyjologicznej, zwykle zbędnej jako *stricte* anestezyjologiczna, wykorzystywanej zaś częściowo jako choćby pulsoksymetr, nie wydaje się racjonalne. Gotowość sali operacyjnej jest wartością średnią z danych uzyskanych ze szpitali: klinicznego resortowego (województwo kujawsko-pomorskie) i wojewódzkiego (województwo lubelskie).
- 5.5 Koszty pobytowe to koszty wyżywienia i koszty hotelowe z uwzględnieniem gotowości szpitala; samo określenie kosztu osobodnia jako udziału wszystkich kosztów rodzajowych przypisanych do jednego łóżka znacznie zaburzyłoby obraz kosztów świadczenia. Dane są wartością uśrednioną (szpitale jak w pkt. poprzednim).
- 5.6 Koszty zarządu: do wskazanych kosztów (pośrednich, bezpośrednich, ryczałtu i gotowości) należy przypisać właściwą wartość kosztów zarządu, wahającą się od 12 do 20 procent (w zależności od stanu finansowego jednostki – szpitale zadłużone z powodu wysokich kosztów finansowych mają wysoki poziom kosztów zarządu).

## 6. ETAPY I CIĄGI DZIAŁAŃ

Proces diagnostyczno-terapeutyczny związany z chirurgicznym usunięciem zaćmy z wszczepem soczewki wewnątrzgałkowej podzielono na następujące etapy i ciągi działań w odniesieniu do kosztów bezpośrednich:

### 6.1 Etap: Kwalifikacja do zabiegu

6.1.1 Działanie: Badanie specjalistyczne

6.1.2 Działanie: Badanie kwalifikacyjne

### 6.2 Etap: Przygotowanie do zabiegu

6.2.1 Działanie: Przygotowanie farmakologiczne

6.2.2 Działanie: Przygotowanie pola operacyjnego

6.2.3 Działanie: Premedykacja, znieczulenie i monitoring

### 6.3 Etap: Usunięcie zaćmy

6.3.1 Działanie: Cięcie, Parecenteza, Kapsuloreksja

6.3.2 Działanie: Hydrodyssekcja

6.3.3 Działanie: Usuwanie jądra i aspiracja zaćmy

### 6.4 Etap: Wszczepienie soczewki

6.4.1 Działanie: Wszczepienie soczewki jednoogniskowej

### 6.5 Etap: Opieka pooperacyjna

6.5.1 Działanie: Opieka pooperacyjna

W odniesieniu do pozostałych kosztów (bezpośrednich osobowych oraz pośrednich), do całego procesu przypisano:

koszty osobowe,  
koszty stałe (sala operacyjna, osobodzień pobytu/obserwacja pooperacyjna),  
koszty zarządu.

**Ad 6.1:**

W trakcie konsultacji zebrano informacje o procedurach diagnostycznych, jakie są realizowane w trakcie diagnostyki i kwalifikacji pacjenta do zabiegu chirurgicznego usunięcia zaćmy z wszczepem soczewki wewnątrzgałkowej. Poniżej prezentowana jest lista procedur, co do której uzyskano konsensus:

Działanie: Badanie specjalistyczne

<b>ICD-9</b>	<b>Nazwa</b>
C53	Morfologia krwi 8-parametrowa
A01	Badanie ogólne moczu (profil)
L43	Glukoza z krwi żyłnej
G21	Czas protrombinowy (PT)
L69	Hormon tyreotropowy (TSH)
89.522	Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)

Działanie: Badanie kwalifikacyjne

<b>ICD-9</b>	<b>Nazwa</b>
95.1901	Badanie ostrości wzroku
95.1912	Autorefraktometria
89.11	Tonometria
95.13	USG gałki ocznej
95.1999	Badania formy i struktury oka - inne

Koszt badań diagnostycznych wskazanych wyżej określono jako „ryczałt AOS”, to jest według stawek, jakie są określone przez płatnika publicznego przy realizacji wskazanych procedur w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Koszt badania anestezjologicznego jest określony według standardowej stawki porady kompleksowej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej



### Szczegółowa wycena etapu - Kwalifikacja do zabiegu:

Działanie	Wyszczególnienie	Koszt
Badanie specjalistyczne	Badania laboratoryjne	70,00
Badanie specjalistyczne	Badanie specjalistyczne	60,00
Badanie kwalifikacyjne	Procedury diagnostyczne	180,00
Badanie kwalifikacyjne	Badanie anestezyjologiczne	60,00

#### Ad 6.2:

Etap farmakologicznego przygotowania pacjenta do zabiegu został opracowany na podstawie standardowych procedur szpitalnych oraz wytycznych Polskiego Towarzystwa Okulistycznego. W przypadku leków stosowanych w formie kropli ustalono, że 1 kropla to 1/10 ml oraz do wskazanych w procedurach wartości dodano wartość 1 kropli ze względu na możliwe dodatkowe zużycie.

Istotnym problemem było ustalenie kosztów tych materiałów, które dystrybuowane są w formie określonej jako „Custom Pack”, jednak po szczegółowych dyskusjach osiągnięto konsensus.

Wszystkie wskazane poniżej koszty to koszty materiałowe (bezpośrednie).

### Szczegółowa wycena etapu - Przygotowanie do zabiegu

Działanie	Wyszczególnienie	Koszt
Przygotowanie farmakologiczne	Fluorochinolony	3,70
Przygotowanie farmakologiczne	NLPZ	3,80
Przygotowanie farmakologiczne	Tymolol	0,20
Przygotowanie farmakologiczne	Acetazolamid	1,20
Przygotowanie farmakologiczne	Hemostatyki	3,46
Przygotowanie farmakologiczne	Antyhistaminik	0,81
Przygotowanie pola operacyjnego	Obłożenie pola operacyjnego	32,00
Przygotowanie pola operacyjnego	Fartuch	34,02
Przygotowanie pola operacyjnego	Rękawice chirurgiczne	24,00
Przygotowanie pola operacyjnego	Materiały opatrunkowe, ręczniki papierowe	3,72
Przygotowanie pola operacyjnego	Pojemniki / aplikatory	1,62
Przygotowanie pola operacyjnego	Strzykawki	13,77

Przygotowanie pola operacyjnego	Antyseptyki	25,29
Premedykacja, znieczulenie i monitoring	Fluorochinolony	2,22
Premedykacja, znieczulenie i monitoring	NLPZ	1,38
Premedykacja, znieczulenie i monitoring	Mydriatyki	3,43
Premedykacja, znieczulenie i monitoring	Strzykawki	13,77
Premedykacja, znieczulenie i monitoring	Igła	3,96
Premedykacja, znieczulenie i monitoring	Acetazolamid	1,20
Premedykacja, znieczulenie i monitoring	Antyhistaminik	0,81
Premedykacja, znieczulenie i monitoring	Mannitol	8,70
Premedykacja, znieczulenie i monitoring	Znieczulenie	25,00

### Ad 6.3:

Etap usunięcia zaćmy jest najbardziej zróżnicowanym kosztowo etapem całego procesu; z tego powodu uwzględniono proporcjonalny koszt błękitu trypanu, który stosowany jest w ok. 20% przypadków oraz uśredniono koszt noży jednorazowych (typ slit / crescent).

Wskazane poniżej koszty wiskoelastyków dotyczą odpowiedniej jakości wiskoelastyków dyspersyjnych i kohezyjnych. W wycenie uwzględniono koszty normatywne urządzeń, które w sali operacyjnej używane są jedynie do zabiegu usunięcia zaćmy. W wycenie uwzględniono narzędzia jednorazowe konfekcjonowane w jednorazowych zestawach operacyjnych.

### Szczegółowa wycena etapu – Usunięcie zaćmy

Działanie	Wyszczególnienie	Koszt
Cięcie, Parecenteza, Kapsuloreksja	Rozwórka	2,50
Cięcie, Parecenteza, Kapsuloreksja	Nóż jednorazowy	24,60
Cięcie, Parecenteza, Kapsuloreksja	Pęseta prosta	8,00
Cięcie, Parecenteza, Kapsuloreksja	Błęki trypanu	14,00
Cięcie, Parecenteza, Kapsuloreksja	Pęseta do kapsuloreksji (Utraty)	8,00
Cięcie, Parecenteza, Kapsuloreksja	Wiskoelastyk dyspersyjny	160,00
Cięcie, Parecenteza, Kapsuloreksja	Manipulator	5,00
Cięcie, Parecenteza, Kapsuloreksja	Wiskoelastyk kohezyjny	30,00
Cięcie, Parecenteza, Kapsuloreksja	Imadło	2,50
Cięcie, Parecenteza, Kapsuloreksja	Cystotom	8,00
Cięcie, Parecenteza, Kapsuloreksja	Nóż jednorazowy	8,00
Hydrodyssekcja	Kaniula	11,28
Hydrodyssekcja	Strzykawki	13,77
Hydrodyssekcja	PWE / BSS	30,00
Usuwanie jądra i aspiracja zaćmy	Głowica do fakoemulsyfikacji	20,00
Usuwanie jądra i aspiracja zaćmy	Głowice do irygacji-aspiracji	2,00
Usuwanie jądra i aspiracja zaćmy	Kaseta (fakoemulsyfikator)	78,36
Usuwanie jądra i aspiracja zaćmy	Ostonka (fakoemulsyfikator)	13,71
Usuwanie jądra i aspiracja zaćmy	Końcówka-tip (fakoemulsyfikator)	25,29
Usuwanie jądra i aspiracja zaćmy	Chopper	8,00

Usuwanie jądra i aspiracja zaćmy	Imadło	2,50
Usuwanie jądra i aspiracja zaćmy	Nożyczki	2,50
Usuwanie jądra i aspiracja zaćmy	Fakoemulsyfikator	45,00
Usuwanie jądra i aspiracja zaćmy	Pęseta prosta	8,00

#### Ad 6.4

Etap wszczepienia soczewki zawiera koszt soczewki, który jest – obok kosztów osobowych i stałych – najistotniejszą pozycją kosztową całego procesu.

W związku z szeroką ofertą różnych technologicznie soczewek wewnątrzgałkowych w ustaleniu ceny soczewki posiłkowano się stwierdzeniami raportu *Conditions de réalisation de la chirurgie de la cataracte: environnement technique. Rapport d'évaluation.*, szczególnie w odniesieniu do przedziałów wiekowych prawdopodobieństwa wystąpienia zaćmy i zasady wszczepiania w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego soczewek jednoogniskowych.

#### Szczegółowa wycena etapu – Wszczepienie soczewki

Działanie	Wyszczególnienie	Koszt
Wszczepienie soczewki jednoogniskowej	Soczewka monofokalna	420,00
Wszczepienie soczewki jednoogniskowej	Indżektor	1,00
Wszczepienie soczewki jednoogniskowej	Pęseta implantacyjna	0,50
Wszczepienie soczewki jednoogniskowej	Antyseptyki	25,29
Wszczepienie soczewki jednoogniskowej	Antybiotyk	2,22
Wszczepienie soczewki jednoogniskowej	Wiskoelastyk	30,00

## Ad 6.5

Etap opieki bezpośredniej pooperacyjnej zawiera dwie pozycje:

### Szczegółowa wycena etapu – Opieka pooperacyjna

Działanie	Wyszczególnienie	Koszt
Opieka pooperacyjna	Fluorochinolony	3,70
Opieka pooperacyjna	NLPZ	3,70

## 7. KOSZTY OSOBOWE

Posługiwanie się metodologią wyliczania kosztów osobowych, polegającą na prostym przełożeniu wynagrodzenia personelu medycznego na czas procedury (określony tu standardowo na 30 minut) może dawać zniekształcony obraz rzeczywistych kosztów osobowych. Może nawet zdarzyć się tak, że koszt lekarza – operatora jest niższy od kosztu pielęgniarki – instrumentariuszki. Na wstępnym etapie prac ustalono, na podstawie doniesień medialnych o poziomie wynagrodzeń lekarzy upublicznianych przez Ministerstwo Zdrowia, iż wynagrodzenie lekarza operatora sięga 12.000,00 zł brutto. Przyjęto założenie, że lekarz jest w stanie wykonać 5 zabiegów zaćmy w ciągu dnia pracy, biorąc pod uwagę czas, jaki musi spędzić przy wykonywaniu czynności administracyjnych. Uzyskany efekt, odniesiony proporcjonalnie do kosztów osobowych pozostałego personelu, nie był satysfakcjonujący: uzyskano nieznaczne różnice w wynagrodzeniu pielęgniarki – instrumentariuszki i lekarza operatora, a wręcz uzyskano dane, według których koszt lekarza jest niższy, niż koszt pielęgniarki. Posłużono się zatem metodą ekspercką: na podstawie bezpośrednich konsultacji ustalono następujący poziom kosztów osobowych na 30 minut zabiegu:

### Szczegółowa wycena – Cały proces zabiegu, koszty osobowe

Działanie	Wyszczególnienie	Koszt
Cały proces zabiegu	Lekarz operator	450,00
Cały proces zabiegu	Instrumentariuszka	27,00
Cały proces zabiegu	Pielęgniarka pomocnicza	25,00
Cały proces zabiegu	Pielęgniarka anestezjologiczna	20,00
Cały proces zabiegu	Lekarz anestezjolog	75,00

## 8. KOSZTY POŚREDNIE

Koszty pośrednie to koszty gotowości sali operacyjnej oraz koszty osobodnia pobytu i obserwacji pacjenta (w przypadku hospitalizacji) bądź koszty sześciogodzinnego pobytu (w przypadku chirurgii jednego dnia).

Oszacowanie tych kosztów jest szczególnie skomplikowane ze względu na niezwykle różnorodną organizację sposobu udzielania świadczeń, lokalnych przyzwyczajzeń oraz poziomu wyposażenia sali operacyjnej. W danych, jakie uzyskano, zaobserwowano znaczący rozrzew, przekraczający 100%, zatem posłużono się konsultacjami bezpośrednimi, uzyskując konsensus.

W trakcie konsultacji ustalono wskazane poniżej koszty w dwóch wersjach:

- a) dla hospitalizacji (dwa osobodni pobytu pacjenta, czyli trzy dni kalendarzowe)
- b) dla chirurgii „jednego dnia” (średnio: sześciogodzinny pobyt pacjenta).

Poziom kosztów zarządu ustalono na poziomie 12%, biorąc pod uwagę duże wahnięcia (od 12% do 20%), wynikające ze struktury podmiotu i/lub jego sytuacji finansowej (wyższe koszty zarządu to np. rozbudowana administracja szpitala klinicznego lub koszt obsługi kredytów/pożyczek/zadłużenia).

### Szczegółowa wycena – Cały proces zabiegu, koszty pośrednie (wersja a)

Działanie	Wyszczególnienie	Koszt
Cały proces zabiegu	Gotowość Sali operacyjnej (0,5 h)	440,97
Cały proces zabiegu	Osobodzień (2 doby)	527,22

### Szczegółowa wycena – Cały proces zabiegu, koszty pośrednie (wersja b)

Działanie	Wyszczególnienie	Koszt
Cały proces zabiegu	Gotowość Sali operacyjnej (0,5 h)	440,97
Cały proces zabiegu	Pobyt pacjenta (6 h)	65,90

## 9. UWAGI KOŃCOWE

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował dane, z których wynika, że w 2012 r. średni koszt JGP B13 – Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą fakoemulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki to 3.030,75 zł.

Obowiązująca do 30 czerwca 2013 r. wycena w przypadku hospitalizacji to 61 pkt., w przypadku „leczenia jednego dnia” – 55 pkt. Biorąc pod uwagę zróżnicowane wartości punktu i zestawiając je z przedstawionym rachunkiem kosztów chirurgicznego usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji z wszczepem soczewki dane przedstawiają się następująco:

	Wartość wg przedstawionego rachunku kosztów	Wartość wg NFZ (1 pkt = 48 zł)	Wartość wg NFZ (1 pkt = 50 zł)	Wartość wg NFZ (1 pkt = 52 zł)
Zabieg z hospitalizacją	<b>3 604,77</b>	<b>2 928,00</b>	<b>3 050,00</b>	<b>3 172,00</b>
Zabieg w trybie chirurgii jednego dnia	<b>3 074,25</b>	<b>2 640,00</b>	<b>2 750,00</b>	<b>2 860,00</b>

**Jak widać, przy założeniu, że opisywany zabieg wykonywany jest przez odpowiedni zespół lekarsko-pielęgniarski, z uczestnictwem lekarza anestezjologa (co w krajach OECD jest standardem), z wykorzystaniem dobrej jakości materiałów medycznych (w rachunku wskazano dane uśrednione) koszt chirurgicznego usunięcia zaćmy z wszczepem jednoogniskowej soczewki wewnątrzgałkowej nie jest w żaden sposób zawyżony w obecnym systemie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce.**

\* \* \*

Od 01 lipca wprowadzono nowe zasady rozliczeniowe dotyczące JGP B13; polegają one na ujednoczeniu wyceny punktowej świadczenia, co daje następujący obraz w korelacji z przedkładanym rachunkiem kosztów:

	Wartość wg przedstawionego rachunku kosztów	Wartość wg NFZ (1 pkt = 48 zł)	Wartość wg NFZ (1 pkt = 50 zł)	Wartość wg NFZ (1 pkt = 52 zł)
Zabieg z hospitalizacją	<b>3 604,77</b>	<b>2 640,00</b>	<b>2 750,00</b>	<b>2 860,00</b>
Zabieg w trybie chirurgii jednego dnia	<b>3 074,25</b>	<b>2 640,00</b>	<b>2 750,00</b>	<b>2 860,00</b>

Dokonane obniżenie wyceny musi w konsekwencji doprowadzić do niebezpiecznych oszczędności w kosztach osobowych oraz w kosztach użytych materiałów medycznych, co odbije się na jakości życia pacjentów.

Argument poczucia bezpieczeństwa pacjentów, często osób z licznymi schorzeniami współistniejącymi, był często podnoszony przez świadczeniodawców biorących udział w przedkładanym rachunku kosztów. Należy założyć, że niezależnie od stanu chorego, szpitale zrezygnują z hospitalizacji pacjentów.

**Najistotniejsze jest jednak to, że płatnik publiczny nie zauważa rozżewu finansowego, jaki dzieli standardowe chirurgiczne leczenie zaćmy od tej samej w swojej istocie procedury w przypadkach szczególnych bądź w przypadkach chorób współistniejących. O ile wcześniej 10 pkt. różnicy było akceptowalne, o tyle obecne 16 pkt. nie znajduje żadnego uzasadnienia.**