Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Taryfikacji

Świadczenia gwarantowane obejmujące chirurgiczne leczenie otyłości (identyfikowane produktem rozliczeniowym JGP F14)

Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

nr WT.541.12.2018

data ukończenia 23.10.2018

Objaśnienia skróceń

AGB	Regulowana opaska żołądkowa (ang. *adjustable gastric band*)
Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
bd.	brak danych
BPD-DS	wyłączenie żółciowo-trzustkowe z przełączeniem dwunastnicy(ang. *Bilio Pancreatic Diversion with Duodenal Switch*)
BMI	indeks masy ciała (ang. *Body Mass Index*)
CPL	względne poziomy cen (ang. *comparative price levels*)
DRG	jednorodne grupy pacjentów (ang. *Diagnosis Related Groups*)
DS	przełączenie dwunastnicze (ang. *Duodenal Switch*)
FFS	płatność za usługę (ang. *fee for service*)
GBP	wyłączenie żołądkowe (ang. *Gastric Bypass*)
ICD-9 PL	międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych – wersja polska (ang. *International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures*)
ICD-10	międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
IFSO	Międzynarodowe Towarzystwo Chirurgicznego Leczenia Otyłości i Zaburzeń Metabolicznych (ang. *International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders*)
JGP	jednorodne grupy pacjentów
Metodyka	proces gromadzenia oraz przetwarzania danych niezbędnych do realizacji zadań związanych z ustaleniem taryfy świadczeń, jak również rodzaj i zakres gromadzonych informacji, opisany w dokumencie sporządzonym przez Agencję
MZ	Ministerstwo Zdrowia
nd.	nie dotyczy
NFZ/Płatnik	Narodowy Fundusz Zdrowia
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *Organization for Economic Co-operation and Development*)
OPK	ośrodek powstawania kosztów
PKB	produkt krajowy brutto
PL	produkt leczniczy
PPP	parytet siły nabywczej (ang. *purchasing power parity*)
SG	rękawowa resekcja żołądka (ang. *Sleeve Gastrectomy*)
TChP	Towarzystwo Chirurgów Polskich
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 roku, poz. 1510 z późn. zm.)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*)
WM	wyrób medyczny
VGB	pionowa gastroplastyka z opaską (ang. *Vertical Banded Gastroplasty*)

Spis treści

1. Problem decyzyjny ... 4

2. Taryfikowane świadczenie ... 5

2.1. Charakterystyka świadczenia (Bariatria 2016) ... 5

2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce ... 8

2.3. Analiza popytu i podaży ... 12

2.4. Stan finansowania w innych krajach ... 16

2.5. Ceny komercyjne w Polsce ... 18

2.6. Ceny komercyjne za granicą ... 19

2.7. Uwagi do świadczenia ... 20

3. Projekt taryfy ... 21

3.1. Pozyskanie danych ... 21

3.2. Analiza wrażliwości ... 21

3.3. Projekt taryfy ... 22

4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej ... 23

4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego ... 23

4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej ... 23

5. Najważniejsze informacje i wnioski ... 24

6. Bibliografia ... 25

7. Spis tabel i wykresów ... 26

1. Problem decyzyjny

Celem niniejszego raportu jest dokumentacja procesu przygotowania projektu taryfy świadczenia gwarantowanego opieki zdrowotnej, w oparciu o przyjętą metodykę taryfikacji świadczeń.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi: zlecenie Ministra Zdrowia z 28.03.2018 r., znak ASG.4088.13.2018.KoM (data wpływu do AOTMiT 28.03.2018 r.), w związku z art. 31la ust. 1 ustawy o świadczeniach, na podstawie punktu II Planu Taryfikacji na 2018 r., tj.: „*Inne zadania w zakresie taryfikacji, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*", w sprawie weryfikacji aktualności taryfy stosowanej do finansowania zabiegów chirurgicznego leczenia otyłości.

Przedmiotem raportu są:

świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego opisane kodem ICD-9 PL:

- *43.71 Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z jelitem czczym metodą Roux-en gastric bypass*
- *43.72 Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z jelitem czczym metodą Mini gastric bypass*
- *43.82 Rękawowa resekcja żołądka (sleeve gastrectomy)*
- *44.95 Laparoskopowa operacja ograniczająca objętość żołądka*
- *44.96 Operacja powtórna zabiegu ograniczającego objętość żołądka, laparoskopowa*

identyfikowane produktem rozliczeniowym Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju leczenie szpitalne: *JGP F14 Chirurgiczne leczenie otyłości (5.51.01.0006014)*

zwane dalej: **chirurgicznym leczeniem otyłości**

2. Taryfikowane świadczenie

2.1.Charakterystyka świadczenia (Bariatria 2016)

Nadwaga i otyłość to współczesny, cywilizacyjny problem zdrowotny, który dotyczy coraz większej liczby ludności wszystkich krajów Europy i pozostałych państw wysokorozwiniętych. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje nadwagę i otyłość jako nieprawidłową lub nadmierną akumulację tkanki tłuszczowej, która stanowi zagrożenie dla zdrowia. Ma ona negatywny wpływ zarówno na życie fizyczne, jak i psychiczne. Wiąże się również ze zwiększonym ryzykiem rozwoju wielu schorzeń, takich jak: cukrzyca typu 2, choroby układu krążenia (udar mózgu, nadciśnienie tętnicze), nowotwory złośliwe, zaburzenia hormonalne czy zwyrodnienia układu kostno-stawowego. Według WHO, otyłość w Europie jest odpowiedzialna za 2-8% kosztów opieki zdrowotnej i za 10-13% zgonów.

Zgodnie z wytycznymi WHO do oceny masy ciała stosuje się wskaźnik BMI. Jest to podstawowe, choć dyskusyjne kryterium oceny nadwagi i otyłości (u osób z rozwiniętą tkanką mięśniową BMI może być nieprawidłowo wysokie, mimo niewielkiego poziomu tkanki tłuszczowej w ich organizmie). Wartość tego wskaźnika w ocenie stanu zdrowia jest kwestionowana.

Tabela 1 Klasyfikacja otyłości wg WHO (w oparciu o BMI)

BMI (kg/m2)	Klasyfikacja WHO
< 18,5	niedowaga
18.5 - 24.9	norma
25 - 29.9	nadwaga
30 - 34,9	otyłość I°
35 - 39,9	otyłość II°
≥ 40	otyłość III° (olbrzymia)

Źródło: WHO [1]

Obecnie wiadomo, że samo leczenie zachowawcze, zwłaszcza w otyłości olbrzymiej, nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Najskuteczniejszym rozwiązaniem jest w tym przypadku leczenie chirurgiczne (tzw. operacje bariatryczne). Zabiegi te, oprócz bardzo dobrych efektów w zakresie wynikowej redukcji masy ciała, mają pozytywny wpływ na regresję znacznej liczby przypadków chorób współistniejących i zmniejszenie ryzyka ich wystąpienia. Wskazaniem do leczenia chirurgicznego osób w wieku 18-60 lat są obecnie wartości BMI wynoszące ≥40 oraz ≥35 z chorobami towarzyszącymi, w przypadku których wywołany chirurgicznie ubytek masy ciała spowoduje ich poprawę lub ustąpienie.

Kwalifikacja do operacji bariatrycznych dzieci i młodzieży może być rozważana w ośrodkach z dużym doświadczeniem w leczeniu chirurgicznym otyłości u dorosłych, zatrudniających specjalistów z zakresu pediatrii, dietetyki oraz psychologii.

Zabieg może być rozważany u dzieci i młodzieży, w przypadkach, gdy:

1) stwierdza się u nich BMI ≥40 kg/m2 (lub 99,5 percentyla odpowiednio do wieku) oraz co najmniej jedną chorobę towarzyszącą;
2) przebyli co najmniej 6-miesięczne leczenie zachowawcze otyłości w ośrodku wyspecjalizowanym w tym zakresie;
3) wykazują cechy kostnej i rozwojowej dojrzałości;

[1] http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi

4) są zdolni do poddania się całościowej medycznej i psychologicznej ocenie przed i po leczeniu operacyjnym;
5) deklarują uczestnictwo w pooperacyjnym wielospecjalistycznym programie leczenia.

U chorych w wieku powyżej 60. r.ż. wskazania powinny być rozpatrywane indywidualnie. Ewentualna operacja w tej grupie wiekowej ma głównie na celu poprawę jakości życia, a wydłużenie okresu przeżycia ma znaczenie drugoplanowe.

Przeciwskazaniami do operacji bariatrycznych są:

- niepodejmowanie wcześniej prób leczenia zachowawczego,
- niemożność lub niechęć do pozostawania pod kontrolą lekarza,
- nieustabilizowane zaburzenia psychiczne, ciężka depresja i zaburzenia osobowości, z wyjątkiem sytuacji, gdy leczenie operacyjne zaleca psychiatra specjalizujący się w pracy z pacjentami otyłymi,
- uzależnienie od alkoholu lub substancji psychoaktywnych, w tym narkotyków,
- choroba bezpośrednio zagrażająca życiu,
- niezdolność do samodzielnego funkcjonowania i bez możliwości uzyskania pomocy ze strony rodziny lub opieki społecznej.

Obecnie stosowane są następujące metody operacyjnego leczenia otyłości:

Rękawowa resekcja żołądka (SG) – jedna z częściej stosowanych operacji bariatrycznych. Zabieg przeprowadzany jest przeważnie metodą laparoskopową i polega na usunięciu znacznej części żołądka, około 4/5, od strony krzywizny większej. Pozostały fragment jest zszywany w postaci „rękawa" o pojemności 100-150 ml. Nienaruszone pozostaje ujście u podstawy żołądka regulujące opróżnianie żołądka i pasaż treści żołądkowej do jelita, dzięki czemu zostaje zachowana prawidłowa funkcja żołądka. Operacja ta nie wymaga zespoleń ani zakładania sztucznego elementu w jamie brzusznej.

Mechanizm działania operacji jest dwutorowy. Poprzez redukcję objętości żołądka prowadzi do ograniczenia objętości spożywanych posiłków, a w następstwie do usunięcia komórek produkujących „hormon głodu" – grelinę, zlokalizowanych w części resekowanego żołądka, czyli do zmniejszenia odczuwania głodu.

Chorzy po operacji powinni przyjmować witaminy z grupy B, a zwłaszcza B1 i B12. Z uwagi na satysfakcjonujące wyniki w zakresie redukcji nadmiernej masy ciała oraz mały odsetek komplikacji pooperacyjnych, SG jest obecnie coraz bardziej popularnym zabiegiem chirurgicznego leczenia otyłości zarówno w Polsce jak i na świecie.

Wyłączenie żołądkowe (GBP). Operacja polega na podzieleniu żołądka na dwie części – niewielki zbiornik żołądkowy oraz fragment, który zostaje wyłączony z pasażu treści pokarmowej. Do zbiornika żołądkowego doszywa się jelito cienkie, w efekcie czego pokarm omija znaczną część żołądka, dwunastnicę oraz 150 cm jelita cienkiego. W ten sposób znacząco skraca się czas trawienia oraz wchłaniania.

Istnieją dwie metody wykonywania operacji wyłączenia żołądkowego: RYGBP – Roux-en-Y gastric bypass – klasyczna metoda wymagająca wytworzenia dwóch zespoleń na przewodzie pokarmowym oraz MGB – mini gastric bypass – metoda uproszczona, wymagająca jednego zespolenia jelitowo-żołądkowego, o skuteczności zbliżonej do metody klasycznej. Z uwagi na to, że MGB jest procedurą łatwiejszą technicznie oraz krótszą, może być stosowana u pacjentów bardziej obciążonych, z wieloma chorobami współistniejącymi.

Regulowana opaska żołądkowa (AGB). Zabieg polega na założeniu w górnej części żołądka silikonowej opaski, którą następnie wypełnia się solą fizjologiczną. W ten sposób żołądek zostaje podzielony na dwie części – górną i dolną. Z górnej powstaje niewielki zbiornik, który umożliwia spożywanie niewielkich ilości jedzenia. Dodatkowo, zwężone ujście tej części żołądka wydłuża czas potrzebny na jego opróżnienie, co także wpływa na redukcję masy ciała. Plusem tego zabiegu jest to, że jest najmniej inwazyjny i odwracalny. Jednak w jego przypadku utrata masy ciała jest dużo wolniejsza niż w przypadku innych operacji bariatrycznych, dlatego też stosowany jest obecnie coraz rzadziej.

Odwrócenie żółciowo-trzustkowe z przełączeniem dwunastnicy (DS; BPD-DS). Jest jedną z najbardziej skomplikowanych metod stosowanych w chirurgicznym leczeniu otyłości. W czasie zabiegu usuwa się część dystalną żołądka z odźwiernikiem (ok. 2/3 żołądka), a pozostały fragment żołądka (200-500 ml) łączy się z końcowym fragmentem jelita cienkiego. Pozostała część jelita cienkiego od strony dwunastnicy jest ślepo zszywana, a z drugiej strony łączona z przewodem biegnącym od żołądka. Miejsce połączenia pętli doprowadzającej z pętlą odżywczą, a więc tym samym długość wspólnej drogi enzymatyczno-pokarmowej (tam, gdzie może się odbywać trawienie) jest kluczowa dla skuteczności zabiegu. Długość wynosi zazwyczaj ok. 50 cm. Zaletami tej metody jest bardzo szybki początkowy spadek masy ciała oraz bardzo wysoka ogólna średnia utrata masy ciała. Pacjenci po operacji mogą jeść posiłki normalnej wielkości, bowiem żołądek ma wystarczająco dużą pojemność. Wadą jest wyższe ryzyko powikłań pooperacyjnych oraz pooperacyjnych zgonów niż w przypadku pozostałych metod. Nie ma również możliwości żadnej regulacji pooperacyjnej, a znaczne skrócenie odcinka wchłaniającego powoduje, że pacjent musi dożywotnio przyjmować witaminy i minerały, czasem także suplementy białkowe.

Pionowa opaskowa plastyka żołądka (VGB). Jest to zabieg polegający na wytworzeniu małego zbiornika poprzez pionowe przeszycie żołądka. Zbiornik w części obwodowej zabezpieczony jest opaską, która chroni przed poszerzaniem się jego ujścia do dalszej części. Wczesne wyniki leczenia tą metodą były dobre, jednak bardziej odległe okazały się niezadowalające, dlatego też operacja ta wykonywana jest obecnie bardzo rzadko.

W Polsce ponad połowę wykonywanych operacji bariatrycznych stanowią operacje rękawowej resekcji żołądka (SG)

Zgodnie z raportem HTA opracowanym przez firmę Health Quest, operacje bariatryczne w dłuższym horyzoncie obserwacji mogą aż o 33%, w stosunku do konwencjonalnego leczenia, zredukować częstość występowania cukrzycy typu 2. Co więcej, wśród otyłych chorych na cukrzycę typu 2, u średnio 77% pacjentów po zabiegu udaje się osiągnąć prawidłową glikemię, nie stosując terapii farmakologicznej, a u dalszych 9% polepsza się kontrola stężenia glukozy we krwi przy jednoczesnym stosowaniu mniejszych ilości leków przeciwcukrzycowych

Operacje bariatryczne prowadzą również do redukcji m.in. zawałów mięśnia sercowego, udarów mózgu, chorób nowotworowych oraz bezdechu sennego, co przyczynia się do redukcji kosztów leczenia wymienionych chorób, a w konsekwencji daje oszczędności dla systemu zdrowotnego.

2.2.Aktualny stan finansowania w Polsce

W raporcie taryfikacyjnym dla chirurgicznego leczenia otyłości (2016 r.) odnotowano, że w słowniku ICD 9 nie było podstawowej procedury zabiegowej, stosowanej w operacyjnym leczeniu otyłości, jaką jest rękawowa resekcja żołądka. Nie oznacza to jednak, że zabieg tego typu nie był wykonywany. Świadczenie było rozliczane zazwyczaj grupą *F11 Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy.* Świadczeniodawcy realizujący operacje bariatryczne polegające na rękawowej resekcji żołądka wykazywali niezgodną ze stanem faktycznym procedurę *43.995 Radykalne wycięcie żołądka*. Według płatnika procedurami, które powinny być wykazywane, były: *44.95 Laparoskopowa operacja ograniczająca objętość żołądka*, bądź *43.89 Częściowe wycięcie żołądka inne*. Obie te procedury kierowały do grupy *F12 Duże zabiegi żołądka i dwunastnicy*, która zdaniem świadczeniodawców nie rekompensowała kosztów zabiegu.

Podobnie operacje typu Gastric bypass nie miały przypisanej dedykowanej procedury. Rozliczane były w grupie F11 poprzez procedurę *43.7 Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z jelitem czczym*. W tym przypadku także sprawozdana procedura nie odpowiadała rzeczywiście wykonanemu zabiegowi. Bardziej właściwe procedury: *44.382 Zespolenie żołądkowo-jelitowe laparoskopowe*, *44.383 Zespolenie żołądkowo – żołądkowe laparoskopowe*, *44.384 Zespolenie żołądkowo-czcze, laparoskopowe, bez wycięcia (części) żołądka, niesklasyfikowane gdzie indziej*, *44.391 Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze*, *44.392 Zespolenie żołądkowo-jelitowe*, *44.393 Zespolenie żołądkowo-żołądkowe* i *44.394 Zespolenie żołądkowo-czcze, bez wycięcia (części) żołądka, BNO*, które kierowały do grupy F12 i wg świadczeniodawców nie rekompensowały ponoszonych przed nich kosztów.

Agencja rekomendowała utworzenie nowej grupy zabiegowej dedykowanej operacjom bariatrycznym, która miała obejmować także procedurę rękawowej resekcji żołądka. Rekomendowane zmiany zostały wprowadzone zarządzeniem nr 129/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Obecnie świadczenia związane z chirurgicznym leczeniem otyłości realizowane są na podstawie zarządzenia nr 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. W załączniku 1a do ww. zarządzenia określony jest produkt rozliczeniowy dla tych świadczeń, a w załączniku 9 jego charakterystyka.

Tabela 2 Wartość punktowa hospitalizacji dla JGP F14 Chirurgiczne leczenie otyłości

Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa - hospitalizacja
F14	5.51.01.0006014	Chirurgiczne leczenie otyłości *	**210,46 ****	**11 382**

** oznaczenie grup o charakterze zabiegowym*

*** taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji z dnia 29. 06. 2016 r.*

Tabela 3 Charakterystyka grupy F14 Chirurgiczne leczenie otyłości

F14 Chirurgiczne leczenie otyłości
wymagane wskazanie procedury z listy procedur F14 oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F14
ICD-9
43.71 Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z jelitem czczym metodą Roux-en gastric bypass
43.72 Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z jelitem czczym metodą Mini gastric bypass
43.82 Rękawowa resekcja żołądka (sleeve gastrectomy)

F14 Chirurgiczne leczenie otyłości
wymagane wskazanie procedury z listy procedur F14 oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F14
ICD-9
44.95 Laparoskopowa operacja ograniczająca objętość żołądka
44.96 Operacja powtórna zabiegu ograniczającego objętość żołądka, laparoskopowa
ICD-10
E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii
E66.1 Otyłość polekowa
E66.2 Ciężka otyłość z hipowentylacją pęcherzykową
E66.8 Inne postacie otyłości
E66.9 Otyłość, nieokreślona

Przedmiotowe świadczenia były uwzględnione w wykazie świadczeń gwarantowanych stanowiącym załącznik 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (obwieszczenie Ministra Zdrowia dnia 10 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego) w pozycji „brak kodu – Świadczenia w leczeniu otyłości w przypadku otyłości patologicznej dużego stopnia u chorych o wartości BMI powyżej 40 leczona metodami zabiegowymi"). Aktualne rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego wprowadza następujące wymagania i warunki dla chirurgicznego leczenia otyłości:

Chirurgiczne leczenie otyłości

- 43.71 Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z jelitem czczym metodą Roux-en gastric bypass
- 43.72 Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z jelitem czczym metodą Mini gastric bypass
- 43.82 Rękawowa resekcja żołądka (sleeve gastrectomy)
- 44.95 Laparoskopowa operacja ograniczająca objętość żołądka
- 44.96 Operacja powtórna zabiegu ograniczającego objętość żołądka, laparoskopowa

Wymagania formalne

Oddział o profilu chirurgia ogólna lub chirurgia dziecięca

Warunki kwalifikacji do świadczenia

1. Świadczenie udzielane we wskazaniach zidentyfikowanych kodami ICD-10:
   1) E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii;
   2) E66.1 Otyłość polekowa;
   3) E66.2 Ciężka otyłość z hipowentylacją pęcherzykową;
   4) E66.8 Inne postacie otyłości;
   5) E66.9 Otyłość, nieokreślona.
2. Do świadczenia kwalifikowane są:
   1) osoby powyżej 18 roku życia, u których wskaźnik BMI wynosi ≥40 lub ≥ 35 w sytuacji występowania chorób towarzyszących, w przypadku których wywołany chirurgicznie ubytek masy ciała spowoduje ich poprawę lub ustąpienie, zidentyfikowanych następującymi kodami ICD10:
      a) E11.2 Cukrzyca insulinoniezależna (z powikłaniami nerkowymi),

b) E11.3 Cukrzyca insulinoniezależna (z powikłaniami ocznymi),
c) E11.4 Cukrzyca insulinoniezależna (z powikłaniami neurologicznymi),
d) E11.5 Cukrzyca insulinoniezależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego),
e) E11.6 Cukrzyca insulinoniezależna (z innymi określonymi powikłaniami),
f) E11.7 Cukrzyca insulinoniezależna (z wieloma powikłaniami),
g) I11.0 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca,
h) I11.9 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca,
i) I12.0 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek,
j) I12.9 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek,
k) I13.0 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca,
l) I13.1 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek,
m) I13.2 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek,
n) I13.9 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona,
o) G47.3 Bezdech senny;

2) dzieci i młodzież, u których spełnione są łącznie następujące kryteria:
   a) wykazano cechy kostnej i rozwojowej dojrzałości,
   b) wskaźnik BMI wynosi ≥40,
   c) występuje co najmniej jedna choroba towarzysząca,
   d) zrealizowanie co najmniej 6-miesięcznego zachowawczego leczenia otyłości.

3. Przed skierowaniem na zabieg operacyjny należy przeprowadzić leczenie zachowawcze.

4. Przed skierowaniem na zabieg operacyjny należ wykluczyć:
   1) niemożność lub niechęć do pozostawania pod kontrolą lekarza i uczestniczenia w długotrwałej obserwacji pooperacyjnej;
   2) nieustabilizowane zaburzenia psychiczne, ciężką depresję i zaburzenia osobowości, nie dotyczy to sytuacji, gdy leczenie operacyjne zaleca psychiatra specjalizujący się w pracy z pacjentami otyłymi;
   3) uzależnienie od alkoholu lub substancji psychoaktywnych, w tym narkotyków;
   4) choroby bezpośrednio zagrażająca życiu;
   5) choroby nieuleczalne prowadzące do wyniszczenia;
   6) choroby endokrynologiczne stanowiące podłoże dla otyłości;
   7) ciężkie zaburzenia krzepnięcia;
   8) niezdolność do samodzielnego funkcjonowania i brak możliwości uzyskania pomocy ze strony rodziny lub opieki społecznej.

Personel

1. Opieka przed i pooperacyjna:
   1) lekarz specjalista w dziedzinie:
      a) chirurgii lub chirurgii ogólnej, mający udokumentowane doświadczenie w przeprowadzeniu co najmniej 20 zabiegów chirurgicznego leczenia otyłości – w przypadku leczenia osób dorosłych, lub

b) chirurgii dziecięcej mający udokumentowane doświadczenie w przeprowadzeniu co najmniej 20 zabiegów chirurgicznego leczenia otyłości – w przypadku leczenia dzieci i młodzieży

– równoważnik co najmniej 1 etatu;

2) osoba planująca dietę – równoważnik co najmniej 0,5 etatu;

3) fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 0,5 etatu.

2. W trakcie zabiegu:

1) dwóch lekarzy mających udokumentowane doświadczenie w przeprowadzeniu co najmniej 20 zabiegów chirurgicznego leczenia otyłości, w tym co najmniej jeden lekarz specjalista w dziedzinie:
   a) chirurgii lub chirurgii ogólnej – w przypadku leczenia osób dorosłych lub
   b) chirurgii dziecięcej – w przypadku leczenia dzieci i młodzieży;

2) pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, mająca udokumentowane doświadczenie w przeprowadzeniu zabiegów chirurgicznego leczenia otyłości;

3) pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, lub będąca w trakcie tych szkoleń, lub pielęgniarka z co najmniej rocznym doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów, mająca udokumentowane doświadczenie w przeprowadzeniu zabiegów chirurgicznego leczenia otyłości.

Organizacja udzielania świadczeń

Zapewnienie udokumentowanego udziału w zespole terapeutycznym:
1) psychologa;
2) lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii – w przypadku leczenia dzieci i młodzieży.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną
1) sprzęt dostosowany do pacjentów o masie ciała co najmniej 350 kg:
   a) łóżka,
   b) stół operacyjny,
   c) siedziska,
   d) fotele,
   e) krzesła,
   f) wózki transportowe,
   g) waga,
   h) mankiety do pomiaru ciśnienia krwi;
2) tor wizyjny;
3) urządzenia do elektrochirurgii – cięcia i hemostazy w trakcje operacji – w miejscu udzielania świadczeń.

Pozostałe wymagania
1) OAIT;

2) porada specjalistyczna – chirurgia ogólna – w przypadku leczenia osób dorosłych;
3) porada specjalistyczna – chirurgia dziecięca – w przypadku leczenia dzieci i młodzieży – w lokalizacji;
4) Prezes Fundusz prowadzi rejestr zabiegów chirurgicznego leczenia otyłości dostępny za pomocą aplikacji internetowej.

2.3.Analiza popytu i podaży

Celem analizy popytu i podaży jest ocena zasadności oraz możliwości wpływania wartością wyceny świadczenia na jego podaż tak, by zaspokoić popyt, co w przypadku rynku świadczeń opieki zdrowotnej oznacza likwidację lub zmniejszenie kolejek do świadczeń. Ocena taka powinna identyfikować przyczyny niezaspokojonego popytu i niedostatecznej podaży (możliwość wpływania wyceną), a także odnosić się do istotności świadczenia (zasadność wpływania ceną).

Przez popyt na świadczenia rozumiana jest głównie liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz czas oczekiwania na jego udzielenie. Podaż zaś definiowana jest poprzez poziom realizacji danego świadczenia przez podmioty lecznicze, wynikający z potencjału do realizacji tych świadczeń wyrażony wielkością posiadanej infrastruktury i zatrudnionego personelu, a także z wielkości środków finansowych przeznaczanych na ten cel.

W odniesieniu do wielkości popytu na świadczenia, podstawowym źródłem informacji dotyczących dostępności do świadczeń były dane o liczbie osób oczekujących oraz średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia, publikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w „Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne". Lista oczekujących prowadzona jest zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Należy jednak mieć na względzie fakt, iż listy oczekujących prowadzone są, poza kilkoma wyjątkami, do komórki organizacyjnej (oddziału, pracowni), a nie do konkretnego świadczenia. Dlatego też uzyskanie dokładnych i miarodajnych informacji w tym zakresie jest niemożliwe.

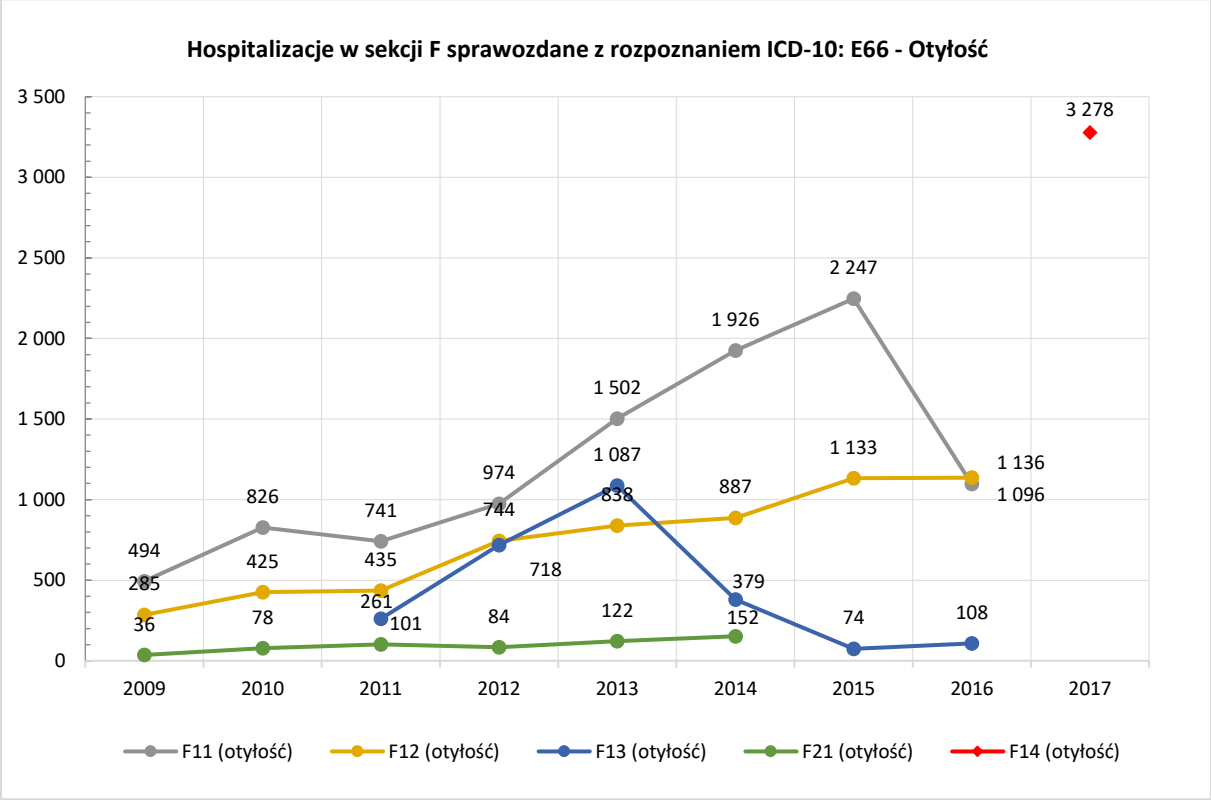
Mając na uwadze powyższe, w celu najlepszego przybliżenia poziomu dostępności do świadczeń, pod uwagę wzięte zostały dane z komórek organizacyjnych realizujących taryfikowane świadczenie.

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

Od strony podaży, oszacowanie potencjału do realizacji taryfikowanych świadczeń zostało oparte o analizę liczby podmiotów realizujących dane świadczenie oraz potencjalnych świadczeniodawców, a także kadry medycznej określonych specjalności. Korzystano z publicznie dostępnych źródeł informacji, takich jak sprawozdania podmiotów medycznych gromadzone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, czy dane Naczelnej Izby Lekarskiej.

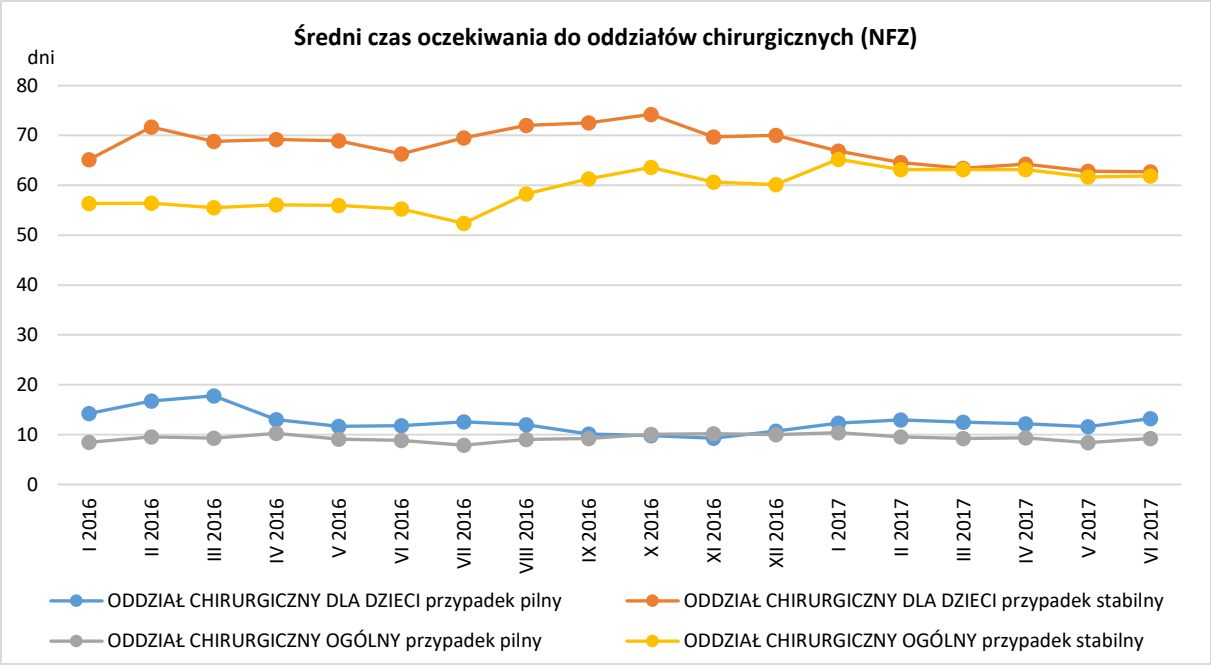
W ostatnich 10 latach obserwowany był stały wzrost liczby chorych poddanych zabiegom operacyjnym z powodu otyłości. Największy wzrost liczby zabiegów odnotowano w grupie *F11 Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy*. W 2016 r. NFZ dokonał podziału tej grupy na dwie, z dodatkowym warunkiem wieku: *F11E - Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy >65r.ż.* oraz *F11F - Kompleksowe zabiegi*

żołądka i dwunastnicy <66r.ż.. W tym roku liczba chorych operowanych z powodu otyłości spadła z 2 247 w 2015 r. do 1 096. Tak duży spadek liczby operacji mógł być spowodowany odroczeniem zabiegu do czasu dokonania wyceny zabiegów bariatrycznych przez AOTMiT (w tym okresie prowadzone były prace nad taryfą dla tych świadczeń). W 2017 r., po wyodrębnieniu nowej, dedykowanej grupy dla zabiegów związanych z leczeniem otyłości liczba leczonych chorych z rozpoznaniem *E66 Otyłość* znacząco wzrosła i wyniosła 3 278, co odpowiada wartości wynikowej trendu czasowego dla grupy F11.

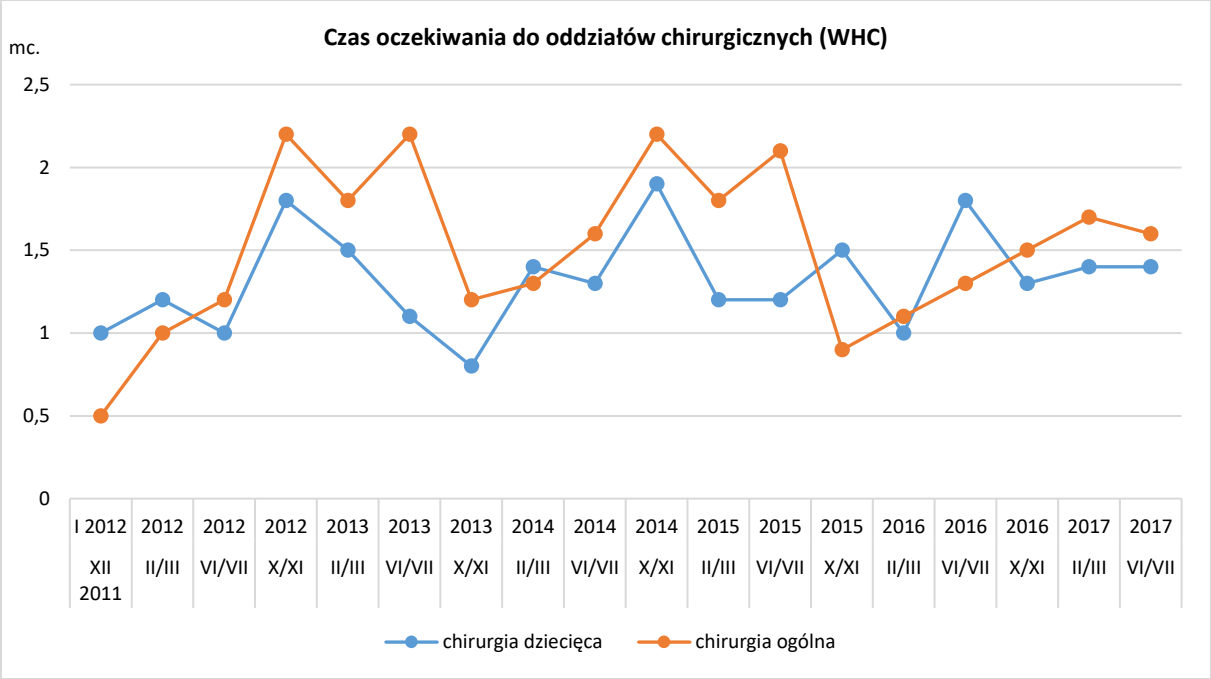


Wykres 1. Rozpoznanie E66 w grupach sekcji F Choroby przewodu pokarmowego. Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Czas oczekiwania do oddziałów chirurgicznych nie zmienił się znacząco w ostatnim okresie. Należy jednak zaznaczyć, że są to dane dla wszystkich świadczeń realizowanych w tych oddziałach. Dane o czasie oczekiwania dla zabiegów bariatrycznych nie są prowadzone.



Wykres 2. Średni czas oczekiwania do oddziałów chirurgicznych; źródło: Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne, NFZ 2017

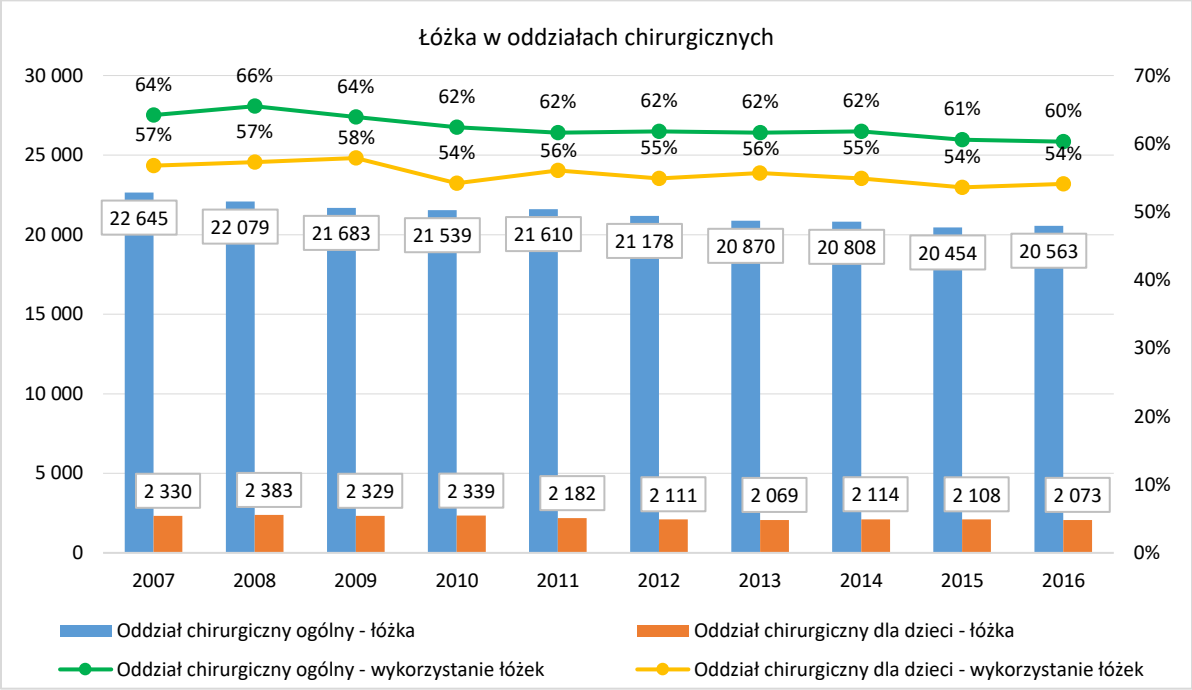


Wykres 3 Średni czas oczekiwania do oddziałów chirurgicznych [w miesiącach] (Źródło: Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce za okres 2012-2017. Fundacja Watch Health Care.)

W 2017 r. zabiegi chirurgicznego leczenia otyłości z grupy F14 realizowało 56 świadczeniodawców.

Potencjał świadczeniodawców scharakteryzowany liczbą łóżek w oddziałach chirurgii dziecięcej i chirurgii ogólnej nie ulegał większym wahaniom. W 2016 r. w obu typach oddziałów było łącznie 22 636 łóżek.

W 2016 r. odnotowano natomiast ponad 10% spadek liczby lekarzy specjalistów z dziedziny chirurgii zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia.



Wykres 4. Łóżka w oddziałach chirurgicznych oraz ich wykorzystanie w latach 2007-2016

Wykres 5. Chirurdzy zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia. Źródło: CSIOZ

2.4.Stan finansowania w innych krajach

W celu porównania sposobu i poziomu finansowania taryfikowanych świadczeń z ich odpowiednikami w innych krajach, odnaleziono i zestawiono informacje o wycenach świadczeń w Polsce i za granicą.

W pierwszej kolejności poszukiwano informacji o innych krajach europejskich, zwłaszcza o zbliżonym do Polski PKB per capita, ale także Australii, Nowej Zelandii czy Kanady, jeśli takie informacje były dostępne. W celu odnalezienia informacji przeszukiwano strony internetowe podmiotów zajmujących się oceną technologii medycznych oraz taryfikacją świadczeń, a także nawiązywano bezpośredni kontakt z instytucjami.

Odnalezione informacje zestawiono w poniższych tabelach. Tam, gdzie było to możliwe, wykazano poszczególne składowe kategorii kosztowych. Koszty i ceny podane w innych walutach zostały przeliczone na PLN, zgodnie z aktualnymi kursami walut, opublikowanymi w serwisie internetowym Narodowego Banku Polskiego.

Dodatkowo w analizie zostały przedstawione informacje dotyczące parytetu siły nabywczej (ang. *Purchasing Power Parities*). PPP służy do przeliczania walut w taki sposób, by wyeliminować różnice w poziomie cen pomiędzy krajami oraz pozwala ustalić rzeczywistą siłę nabywczą danej waluty. Różni się od kursu walutowego, może być od niego wyższy lub niższy. Głównymi przyczynami zróżnicowania kursu walutowego i wartości waluty według parytetu siły nabywczej są:

- różnice cen towarów i usług w porównywanych krajach, wyrażające różnice kosztów poszczególnych czynników wytwórczych, w tym kosztów pracy,
- polityka kursu walutowego w porównywanych krajach (celowe zawyżanie lub zaniżanie kursu),
- różnice kosztu dóbr publicznych i zakresu korzystania z nich[2].

Parytety PPP są średnimi ważonymi relacji cen, ustalanymi dla krajów OECD. W bazie danych OECD te relacje cenowe są przekształcane w taki sposób, by wyrażały siłę nabywczą poszczególnych krajów, tj. aby dana suma pieniędzy w dolarach USA po zamianie na różne waluty w jednostkach parytetu siły nabywczej tworzyła ten sam koszyk dóbr i usług.

W literaturze przedmiotu parytet siły nabywczej (PPP) może być definiowany przy pomocy kilku wskaźników. Dla celów porównawczych wykorzystano wskaźnik CPL (ang. *Comparative Price Levels*) - względny poziom cen. Wskaźnik ten (CPL) wyraża siłę nabywczą danego kraju w odniesieniu do średniej dla krajów OECD (OECD=100).

Należy zaznaczyć, że wnioskowanie na podstawie odnalezionych taryf wiąże się z pewnymi ograniczeniami. Ze względu na różnice w systemach ubezpieczeń zdrowotnych to samo świadczenie może być zdefiniowane i finansowane zupełnie inaczej w poszczególnych krajach (np.: DRG, FFS, osobodzień itd.). Także klasyfikacja jednorodnych grup pacjentów: cechy pacjentów, czas hospitalizacji oraz rodzaj leczenia, które są uwzględnione przez klasyfikację DRG mogą być zróżnicowane pomiędzy krajami.

Z uwagi na powyższe, a także na trudności w dotarciu do dokładnych informacji o ujętych w taryfie kosztach, niemożliwe jest jednoznaczne porównanie refundacji analizowanych procedur w Polsce i za granicą. Jeżeli nie zaznaczono inaczej, w zestawieniu ujęto koszty finansowania grup podobnych do

[2] Błaszczyński A. Słownik pojęć ekonomicznych Glossary of Economic Terms, Szkoła Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1995. Słownik ekonomiczny dla przedsiębiorcy w warunkach rynkowych, Wyd. IV, Znicz, Szczecin 1994.

polskich JGP (na podstawie nazwy grupy), wynikające bezpośrednio z katalogu DRG, bez uwzględnienia dodatkowych innych opłat, np. ponoszonych przez pacjenta, czy też naliczanych przez szpitale na podstawie obowiązujących w danym kraju przepisów prawa.

Tabela 4 Polska – metryczka

Polska	
PKB per capita (2017) (USD)	13 651,2
PKB per capita PPP (2017) (USD)	28 951,2
CPL (2017)	54
CPL/CPL PL	1

Źródła danych: PKB, CPL – http://stats.oecd.org; Kurs waluty – http://www.nbp.pl

Niemcy

Tabela 5 Niemcy – metryczka

Niemcy	
Waluta	1 EUR
Kurs PLN (22.10.2018)	4,2922
PKB per capita (2017) (USD)	44 460
PKB per capita PPP (2017) (USD)	50 705
CPL	100
CPL/CPL PL	1,85

Źródła danych: PKB, CPL – http://stats.oecd.org; Kurs waluty – http://www.nbp.pl;

Świadczenia realizowane w szpitalach rozliczane są w systemie G-DRG, którego podstawę stanowił system australijski. Każda grupa ma przypisaną wagę w punktach, który należy przemnożyć przez wartość określanej corocznie stawki bazowej. W 2018 r. ogólnokrajowa stawka bazowa wynosi 3 467,30 €.

Grupy świadczeń w niemieckim systemie DRG uwzględniają kompleksowość zabiegów, obecność powikłań i chorób współistniejących. Prezentowane taryfy dotyczą grup bazowych. Dopłaty dodatkowe doliczane są do wartości hospitalizacji.

Tabela 6 Niemcy – taryfy grup równoważnych lub podobnych do JGP F14

Nazwa grupy	Kod grupy	Średnia długość hospitalizacji (dni)	Taryfa (EUR)	Taryfa (PLN)
Duże zabiegi w otyłości	**K04Z**	5,2	6 924	29 719
Inne zabiegi w otyłości	**K07Z**	6	5 607	24 066

Słowacja

Tabela 7 Słowacja – metryczka

Słowacja	
Waluta	1 EUR
Kurs PLN (23.11.2018)	4,2922
PKB per capita (2017) (USD)	17 610
PKB per capita PPP (2017) (USD)	32 119
CPL	62
CPL/CPL PL	1,15

Źródła danych: PKB, CPL – http://stats.oecd.org; Kurs waluty – http://www.nbp.pl;

Na Słowacji świadczenia realizowane w ramach hospitalizacji rozliczane są w ramach systemu finansowania opartego na grupach DRG (w 2011 r. wprowadzono na Słowacji niemiecki system DRG). Każda grupa ma przypisaną wagę, która jest przemnażana przez wycenę wagi o wartości punktu zależącej od rodzaju szpitala. Aktualna wartość jednego punktu wynosi: [3]

- ogólnokrajowa stawka referencyjna: 1 283 €;
- szpital ogólny 1: 896 €;
- szpital ogólny 2: 959 €;
- szpital ogólny 3: 1 211 €;
- szpital ogólny 4: 1 430 €;
- specjalistyczne instytuty – instytuty chorób sercowo-naczyniowych: 2 447 €;
- specjalistyczne instytuty – instytuty onkologiczne: 1 802 €.

Na potrzeby opracowania przyjęto wartość punktu w wysokości krajowej stawki referencyjnej – 1 283 €.

Tabela 8 Słowacja – taryfy grup równoważnych lub podobnych do JGP F14

Nazwa grupy	Kod grupy	Średnia długość hospitalizacji (dni)	Taryfa (EUR)	Taryfa (PLN)
Duże zabiegi w otyłości z zabiegiem kompleksowym	**K04A**	7,8	4 353	18 684
Duże zabiegi w otyłości bez zabiegu kompleksowego	**K04B**	5,2	3 331	14 297
Inne zabiegi w otyłości	**K07Z**	6,5	2 359	10 125

2.5.Ceny komercyjne w Polsce

Informacje o cenach komercyjnych poszczególnych świadczeń wyszukiwano wśród świadczeniodawców realizujących takie usługi. Byli oni identyfikowani na podstawie analizy treści stron internetowych podmiotów poprzez wyszukiwarki internetowe.

[3] http://www.udzs-sk.sk (dostęp: 22.03.2018)

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

Tabela 9. Ceny operacji bariatrycznych oferowanych odpłatnie

Rodzaj zabiegu	Średnia	Mediana	Min	Max
Rękawowa resekcja żołądka (SG)	22 797	22 000	20 260	27 900
Gastric Bypass (GBP)	22 134	20 770	18 900	29 900
Regulowana opaska żołądkowa (AGB)	16 259	16 437	14 200	17 960

Źródło: opracowanie własne

2.6.Ceny komercyjne za granicą

W analogiczny sposób, ceny komercyjne w innych krajach zostały pozyskane przez przeszukiwanie stron internetowych jak również drogą mailową.

W tabeli poniżej podane zostały średnie ceny operacji zmniejszających objętość żołądka w zagranicznych prywatnych klinikach.

Tabela 10. Średnie ceny operacji zmniejszających objętość żołądka w zagranicznych prywatnych klinikach [4, 5]

Kraj	SG	GBP	AGB
Litwa	27 675 zł (6.500 €)	27 675 zł (6.500 €)	22 565 zł (5.300 €)
Łotwa	27 675 zł (6.500 €)	28 952 zł (6.800 €)	22 992 zł (5.400 €)
Belgia	29 804 zł (7 000 €)	34 062 zł (8.000 €)	21 288 zł (5.000 €)
Czechy	19 970 zł (3 735 £)	28 584 zł (5 400 £)	15 161 zł (2 865 £)
Dania	38 319 zł (9.000 €)	31 393 zł (7.500 €)	31 507 zł (7.400 €)
Estonia	23 417 zł (5.500 €)	27 675 zł (6.500 €)	20 437 zł (4.800 €)
Finlandia	37 042 zł (8.700 €)	51 092 zł (12.000 €)	45 854 zł (10.300 €)
Francja	34 062 zł (8.000 €)	34 062 zł (8.000 €)	22 140 zł (5.200 €)
Niemcy	34 062 zł (8.000 €)	34 062 zł (8.000 €)	17 030 zł (4.000 €)
Węgry	32 784 zł (7.700 €)	33 210 zł (7.800 €)	23 417 zł (5.500 €)
Irlandia	47 686 zł (11.200 €)	55 350 zł (13.000 €)	42 577 zł (10.000 €)
Norwegia	50 240 zł (11.800 €)	55 350 zł (13.000 €)	48 964 zł (11.500 €)
Rumunia	31 507 zł (7.400 €)	39 171 zł (9.200 €)	19 160 zł (4.500 €)
Słowacja	22 992 zł (5.400 €)	27 675 zł (6.500 €)	19 160 zł (4.500 €)
Słowenia	22 566 zł (5.300 €)	27 675 zł (6.500 €)	18 734 zł (4.400 €)
Szwecja	37 894 zł (8.900 €)	49 815 zł (11.700 €)	45 983 zł (10.800 €)
Wielka Brytania	52 668 zł (9 950£)	55 553 zł (10 495£)	34 380 zł (6 495£)
Szkocja	23 502 zł (4.440£)	29 430 zł (5 560£)	16 941 zł (3 200£)

[4] Źródło: http://www.surgeryprice.co.uk/; dostęp: 17.04.2018
[5] Źródło: http://www.healthcentre.org.uk/; dostęp: 17.04.2018

Kraj	SG	GBP	AGB
USA	63 017 zł ($16.800)	94 024 zł ($24.000)	56 265 zł ($15.000)
Kanada	53 578 zł ($18.800)	56 998 zł ($20.000)	59 848 zł ($21.000)
Australia	45 040 zł ($15.900)	48 156 zł ($17.000)	33 992 zł ($12.000)

Źródło: opracowanie własne

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

2.7.Uwagi do świadczenia

Nie otrzymano.

3. Projekt taryfy

3.1. Pozyskanie danych

Z uwagi na krótki czas na realizację zlecenia, nie pozyskiwano nowych danych dotyczących realizacji analizowanych świadczeń. Do wyliczenia kosztów świadczeń wykorzystano dane przekazane przez świadczeniodawców w postępowaniach mających na celu pozyskanie danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń z 2016 r.

3.2. Analiza danych

Po dokonaniu weryfikacji określonych w rozporządzeniu wymagań dla realizacji analizowanych świadczeń stwierdzono, że wszystkie wskazane warunki były uwzględnione w wycenie z 2016 r., natomiast w ciągu ostatniego roku nie odnotowano zmian w kształcie świadczenia oraz nie pojawiły się nowe metody terapeutyczne, które mogłyby wpłynąć na koszt świadczeń związanych z leczeniem otyłości.

Tabela 11 Koszt elementów składowych hospitalizacji

Średnia długość hospitalizacji (dni)	Koszty stałe				Koszty zmienne			Łącznie (PLN)
	Osobodzień (PLN)	Lekarz (PLN)	Pielęgniarka (PLN)	Pozostały personel (PLN)	Leki (PLN)	Wyroby medyczne (PLN)	Procedury (PLN)	
5,28	753,92	578,73	476,66	54,44	194,72	26,91	427,97	2 513,36

Źródło: Operacje bariatryczne; Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń WT.521.2.2016

Tabela 12 Koszt elementów składowych zabiegu

Średni czas trwania zabiegu (godz.)	Koszty stałe							Koszty zmienne		Łącznie (PLN)
	Sala operacyjna (PLN)	Anestezjolog (PLN)	Pielęgniarka anest. (PLN)	Operator + asysta (PLN)	Instrumentariuszka (PLN)	Pielęgniarka (PLN)	Pozostały personel (PLN)	Leki (PLN)	Wyroby medyczne (PLN)	
2,25	894,62	175,43	61,81	440,78	123,62	0,00	40,84	647,99	5 773,59	8 158,67

Źródło: Operacje bariatryczne; Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń WT.521.2.2016

Ograniczenia

Należy zaznaczyć, że jest za wcześnie by zebrać koszty rzeczywiste do weryfikacji taryfy dla chirurgicznego leczenia otyłości. Oceniany produkt rozliczeniowy jest obecny w katalogu świadczeń dopiero od 2017 r., a do momentu publikacji raportu nie były dostępne ostateczne dane rozliczeniowe oraz statystki NFZ dla analizowanych świadczeń za ten okres. Dodatkowo, wysoka szacunkowa liczba hospitalizacji (3 278) sprawozdanych w tej grupie w 2017 r., znacząco wyższa niż w latach poprzednich wskazuje, że taryfa jest adekwatna i produkt jest chętnie realizowany.

3.3. Analiza wrażliwości

Nie przeprowadzono.

3.4.Projekt taryfy

Jako projekt taryfy JGP *F14 Chirurgiczne leczenie otyłości* proponuje się przyjąć obecną wartość taryfy, opartą o wyniki analiz z 2016 r.

Tabela 13 Projekty taryf

Nazwa świadczenia	Aktualna wycena		Średnia wartość NFZ w 2017 r. (PLN)	Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	pkt	PLN*		pkt	PLN*	
F14 Chirurgiczne leczenie otyłości	11 382	11 382	b.d.	11 382	11 382	0

** dla wartości 1 pkt = 1 zł*
Źródło: opracowanie własne

4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

Celem analizy wpływu na budżet jest ocena konsekwencji finansowych podjęcia decyzji o wprowadzeniu w życie proponowanej wyceny dla świadczeń chirurgicznego leczenia otyłości. W ramach niniejszej analizy porównano nakłady finansowe z perspektywy płatnika publicznego ponoszone na realizację świadczeń w ramach obowiązującej wyceny oraz zmiany wynikające z zastosowania proponowanej taryfy, przy założeniu zachowania liczby realizowanych świadczeń na niezmienionym poziomie.

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona z wykorzystaniem danych Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie produktów jednostkowych zrealizowanych w 2017 r. oraz średniej cenie punktu w danym rodzaju świadczeń. Należy mieć na uwadze fakt, że analiza uwzględnia również świadczenia, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ.

Pozostawienie proponowanej taryfy świadczeń na niezmienionym poziomie, nie będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w obszarze analizowanych świadczeń w stosunku do 2017 r.

Tabela 14 Analiza wpływu na budżet płatnika

Świadczenie	Liczba hospitalizacji w 2017 r.	Aktualna wycena		Łączna wartość świadczenia (PLN)	Projekt taryfy		Łączna wartość świadczenia po zmianach (PLN)	Różnica (PLN)
		(pkt)	(PLN*)		(pkt)	(PLN*)		
1	*2*		*3*	*4=2*3*		*5*	*6=2*5*	*7=6-4*
F14 Chirurgiczne leczenie otyłości	3 278	11 382	11 382	37 310 196	11 382	11 382	37 310 196	0

** dla wartości 1 pkt = 1 zł*
Źródło: opracowanie własne

Analiza wpływu na budżet płatnika została przeprowadzona w oparciu o szacunkowe dane, sprawozdane przez świadczeniodawców do NFZ za 2017 r., i nie uwzględnia trendu związanego z prognozowanym wzrostem liczby pacjentów z otyłością olbrzymią, przez co obarczona jest ryzykiem błędu. Trend realizacji świadczeń chirurgicznego leczenia otyłości jest obecnie trudny do oszacowania, ze względu na przeprowadzane ostatnich latach zmiany w produktach rozliczeniowych.

4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Na obecnym etapie wpływ na system opieki zdrowotnej jest trudny do oszacowania. 2017 r. był pierwszym rokiem, w którym realizowano świadczenia bariatryczne w ramach analizowanego produktu. Dodatkowo brak jest ostatecznych danych statystycznych, także dla innych JGP, w których mogłyby być realizowane świadczenia zabiegowe związane z chirurgicznym leczeniem otyłości, trudno jest więc określić wpływ wprowadzonych zmian na system opieki zdrowotnej, w tym np. na dostępność świadczeń i kolejki oczekujących. Można jednak przypuszczać, że adekwatność wyceny zabiegów bariatrycznych powinna poprawić dostępność i wpłynąć na skrócenie czasu oczekiwania, choć stopień tego zjawiska ciężko jest ocenić na tę chwilę.

5. Najważniejsze informacje i wnioski

Przedmiotem opracowania są świadczenia gwarantowane związane z chirurgicznym leczeniem otyłości, finansowane w ramach systemu JGP grupą *F14 Chirurgiczne leczenie otyłości* o wartości 11 382 pkt.

2017 r. był pierwszym, w którym obowiązywała ww. grupa dedykowana operacjom bariatrycznym. W poprzednich latach świadczenia były realizowane w ramach innych zabiegowych grup sekcji F Choroby przewodu pokarmowego. Po wyodrębnieniu grupy F14 liczba leczonych chorych z rozpoznaniem *E66 Otyłość* znacząco wzrosła w stosunku do roku poprzedniego i wyniosła 3 278, co może być spowodowane wstrzymywaniem się świadczeniodawców od wykonywania zabiegów w związku z pracami AOTMiT nad ustaleniem taryfy dla analizowanych świadczeń.

Operacyjne leczenie otyłości w innych krajach finansowane jest w ramach krajowych systemów DRG.

Odnalezione ceny komercyjne, zarówno krajowe, jak i zagraniczne, są wyższe od cen ustalonych przez płatników, co może świadczyć o przewadze popytu na te świadczenia nad podażą.

Przedmiotowe świadczenie było w 2016 r. analizowane przez AOTMiT.

Należy zaznaczyć, że jest za wcześnie by zebrać koszty rzeczywiste do weryfikacji taryfy dla chirurgicznego leczenia otyłości. Oceniany produkt rozliczeniowy jest obecny w katalogu świadczeń dopiero od 2017 r., a do momentu publikacji raportu nie były dostępne ostateczne dane rozliczeniowe oraz statystki NFZ dla analizowanych świadczeń za ten okres. Dodatkowo, wysoka szacunkowa liczba hospitalizacji (3278) sprawozdanych w tej grupie w 2017 r., znacząco wyższa niż w latach poprzednich wskazuje, że taryfa jest adekwatna i produkt jest chętnie realizowany.

Jako projekt taryfy JGP *F14 Chirurgiczne leczenie otyłości* proponuje się przyjąć obecną taryfę opartą o wynik analizy z 2016 r. – 11 382 pkt.

Z uwagi na to, że nie zbierano nowych danych oraz fakt, że proces ustalenia taryfy nie był oparty o analizę mikrokosztów, oszacowanie projektu taryfy może być obarczone ryzykiem błędu.

Wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń nie będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w obszarze analizowanych świadczeń w stosunku do 2017 r.

Na tę chwilę trudno jest określić wpływ wprowadzonych zmian na system opieki zdrowotnej, w tym np. na dostępność świadczeń i kolejki oczekujących. Można jednak przypuszczać, że adekwatność wyceny zabiegów bariatrycznych powinna poprawić dostępność i wpłynąć na skrócenie czasu oczekiwania, choć stopień tego zjawiska ciężko jest ocenić.

6. Bibliografia

Bariatria 2016	Operacje bariatryczne; Raport AOTMiT w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.541.2.2016; 29.04.2016

7. Spis tabel i wykresów

Spis tabel

Tabela 1 Klasyfikacja otyłości wg WHO (w oparciu o BMI) ... 5
Tabela 2 Wartość punktowa hospitalizacji dla JGP F14 Chirurgiczne leczenie otyłości ... 8
Tabela 3 Charakterystyka grupy F14 Chirurgiczne leczenie otyłości ... 8
Tabela 4 Polska – metryczka ... 17
Tabela 5 Niemcy – metryczka ... 17
Tabela 6 Niemcy – taryfy grup równoważnych lub podobnych do JGP F14 ... 17
Tabela 7 Słowacja – metryczka ... 18
Tabela 8 Słowacja – taryfy grup równoważnych lub podobnych do JGP F14 ... 18
Tabela 9. Ceny operacji bariatrycznych oferowanych odpłatnie ... 19
Tabela 10. Średnie ceny operacji zmniejszających objętość żołądka w zagranicznych prywatnych klinikach ... 19
Tabela 11 Koszt elementów składowych hospitalizacji ... 21
Tabela 12 Koszt elementów składowych zabiegu ... 21
Tabela 13 Projekty taryf ... 22
Tabela 14 Analiza wpływu na budżet płatnika ... 23

Spis wykresów

Wykres 1. Rozpoznanie E66 w grupach sekcji F Choroby przewodu pokarmowego. Opracowanie własne na podstawie danych NFZ ... 13
Wykres 2. Średni czas oczekiwania do oddziałów chirurgicznych; źródło: Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne, NFZ 2017 ... 14
Wykres 3 Średni czas oczekiwania do oddziałów chirurgicznych [w miesiącach] (Źródło: Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce za okres 2012-2017. Fundacja Watch Health Care.) . 14
Wykres 4. Łóżka w oddziałach chirurgicznych oraz ich wykorzystanie w latach 2007-2016 ... 15
Wykres 5. Chirurdzy zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia. Źródło: CSIOZ ... 15