



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Taryfikacji

Świadczenia gwarantowane obejmujące kompleksowe leczenie raka piersi realizowane w Breast Cancer Unit (BCU)

Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

WT.521.12.2017

data ukończenia 16.03.2020

Objaśnienia skrótów

Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
ASR	współczynnik zmodyfikowany statystycznie w celu wyeliminowania wpływu różnic w rozkładzie wieku w porównywanych populacjach (ang. <i>Age Standardised Rate</i>)
bd.	brak danych
BCU	Onkologiczne świadczenia kompleksowe u chorych na nowotwory piersi (ang. <i>Breast Cancer Unit</i>)
DILO	diagnostyka i leczenie onkologiczne
DRG	jednorodne grupy pacjentów (ang. <i>Diagnosis Related Groups</i>)
DRR	ang. <i>digital reconstructed radiograph</i>
GLOBOCAN	globalne badanie statystyczne dotyczące nowotworów (ang. <i>Global Cancer Statistics</i>)
IARC	Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (ang. <i>The International Agency for Research on Cancer</i>)
ICD-9 PL	międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych – wersja polska (ang. <i>International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures</i>)
ICD-10	międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
JGP	jednorodne grupy pacjentów
JGPato	Katalog produktów do rozliczania diagnostyki patomorfologicznej (Jednorodne Grupy Patomorfologiczne)
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów
LABC	miejscowo zaawansowany rak piersi (ang. <i>Locally Advanced Breast Cancer</i>)
LDR	niska moc dawki (ang. <i>Low Dose Rate</i>)
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
MBC	przerzutowy rak piersi (ang. <i>Metastatic Breast Cancer</i>)
MRI	rezonans magnetyczny
MZ	Ministerstwo Zdrowia
nd.	nie dotyczy
NFZ/Płatnik	Narodowy Fundusz Zdrowia
OAR	narządy krytyczne (ang. <i>Organ at Risk</i>)
OPK	ośrodek powstawania kosztów
PET	pozytonowa tomografia emisyjna
PKB	produkt krajowy brutto
PL	produkt leczniczy
PSZ	podstawowe szpitalne zabezpieczenie; tzw. „sieć szpitali”
TK	tomografia komputerowa
TPS	systemy planowania leczenia (ang. <i>Treatment Planning System</i>)
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i>)
WM	wyrób medyczny

Spis treści

1. Problem decyzyjny	4
2. Taryfikowane świadczenie.....	9
2.1. Charakterystyka świadczenia	9
2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce	11
2.3. Analiza popytu i podaży.....	37
2.4. Stan finansowania w innych krajach	48
2.5. Cenniki komercyjne	48
2.6. Uwagi do świadczenia	48
3. Projekt taryfy.....	50
3.1. Pozyskanie danych.....	50
3.2. Analiza danych.....	54
3.3. Analiza wrażliwości.....	63
3.4. Projekt taryfy.....	64
4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej	66
4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	66
4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej	68
5. Najważniejsze informacje i wnioski.....	69
6. Bibliografia	71
7. Spis tabel i wykresów	72
8. Załączniki.....	73

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: Plan Taryfikacji na 2018 r., zatwierdzony przez Ministra Zdrowia 10.07.2017 r., w punkcie: 1c i 2c, tj.: świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w obszarze: „Choroby nowotworowe”.

W niniejszym dokumencie zostały przedstawione wyniki analiz i projekty taryf dla wybranych produktów z obszaru świadczeń realizowanych w ramach BCU:

- w ramach modułu diagnostyka:
 - diagnostyka wstępna – nowotwory piersi;
 - diagnostyka pogłębiona – nowotwory piersi;
- w ramach modułu leczenia: świadczenia z katalogu JGP.

Nie analizowano i nie weryfikowano świadczeń radioterapii, chemioterapii oraz badań genetycznych, ponieważ dotyczą one różnych nowotworów i są przedmiotem odrębnych, ukierunkowanych prac analitycznych. Nie zostały także poddane analizom świadczenia AOS realizowane w module monitorowanie oraz rehabilitacji. Z informacji uzyskanych od Płatnika wynika, że rozliczanie i finansowanie tych świadczeń zostało oparte o istniejące produkty, które uwzględniają już wszystkie elementy wymagane w kompleksowej opiece onkologicznej.

Przedmiotem opracowania są:

świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zgodnie z art. 15 Ustawy o świadczeniach, odnoszące się do rozpoznań scharakteryzowanych kodami ICD-10 z kategorii Nowotwory (C00-D48) C50 – nowotwór złośliwy sutka oraz możliwych do zastosowania w tych rozpoznaniach procedur wg ICD-9:

Diagnostyka POZ

- 87.372 Mammografia obu piersi
- 88.732 USG piersi

Diagnostyka AOS/SZP

- 87.35 Mammografia z kontrastem
- 87.371 Mammografia jednej piersi
- 87.372 Mammografia obu piersi
- 87.440 RTG klatki piersiowej
- 88.732 USG piersi
- 88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
- 88.764 USG transwaginalne
- 88.790 USG węzłów chłonnych
- 88.792 USG macicy nieciążarnej i przydatków
- 87.411 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.031 TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.049 TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 87.032 TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.011 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.012 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym

- 88.979 Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym – RM
- 88.900 RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego
- 88.901 RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.924 RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 88.976 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- 92.061 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem 18 FDG we wskazaniach onkologicznych
- 92.062 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych
- 92.141 Scyntygrafia trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów
- 92.142 Scyntygrafia jednofazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów
- 92.143 Scyntygrafia układu kostnego metodą SPECT albo SPECT CT
- 92.144 Scyntygrafia całego układu kostnego (metoda "whole body") z zastosowaniem fosfonianów
- 92.149 Scyntygrafia układu kostnego — inne
- 85.114 Przekrójna gruboigłowa biopsja piersi – celowana
- 85.131 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG
- 85.132 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczną
- 40.10 Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)
- 88.721 Echokardiografia
- 89.00 Porada lekarska, konsultacja, asysta

Leczenie

- 40.12 Wycięcie węzła wartowniczego
- 40.23 Wycięcie pachowego węzła chłonnego
- 40.31 Poszerzone wycięcie regionalnych węzłów chłonnych
- 40.32 Wycięcie regionalnych węzłów chłonnych wraz z drenowanym segmentem skóry, tkanki podskórnej i tłuszczowej
- 40.51 Doszczętne wycięcie pachowych węzłów chłonnych
- 85.12 Otwarta biopsja piersi
- 85.21 Miejscowe wycięcie zmiany piersi
- 85.22 Resekcja kwadrantu piersi
- 85.26 Wycięcie guza piersi – BCT
- 85.29 Usunięcie lub zniszczenie tkanki/tkanek sutka piersi – inne
- 85.241 Wycięcie ektopicznej tkanki piersi
- 85.312 Jednostronna zmniejszająca mammoplastyka
- 85.34 Inna jednostronna podskórna mamektomia
- 85.411 Mastektomia – inna
- 85.412 Mastektomia całkowita
- 85.421 Obustronne proste odjęcie piersi
- 85.422 Obustronne całkowite odjęcie piersi
- 85.431 Poszerzona prosta mastektomia – inna
- 85.432 Zmodyfikowana radykalna mastektomia
- 85.433 Prosta mastektomia z wycięciem regionalnych węzłów chłonnych
- 85.44 Obustronne poszerzone proste odjęcie piersi
- 85.451 Usunięcie piersi, mięśnia piersiowego, regionalnych węzłów chłonnych (pachowych, pod i nadobojczykowych)
- 85.452 Radykalna odjęcie piersi BNO
- 85.46 Obustronne radykalne odjęcie piersi
- 85.471 Wycięcie piersi, mięśnia piersiowego, regionalnych węzłów chłonnych (pachowych, nadobojczykowych, piersiowych wewnętrznych, śródpiersiowych)
- 85.472 Poszerzona radykalna amputacja piersi BNO

- 85.48 Obustronne poszerzone radykalne odjęcie piersi
- 85.87 Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej – inne
- 85.33 Jednostronna podskórna mammektomia/ wszczep
- 85.35 Obustronna podskórna mammektomia/wszczep
- 85.531 Jednostronne wszczepienie protezy piersiowej
- 85.54 Obustronny wszczep do piersi
- 85.55 Wymiana ekspandera na endoprotezę piersiową
- 85.842 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym uszypułowanym
- 85.851 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym z połączeniem mikrochirurgicznym
- 85.87 Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej – inne
- 85.88 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym/ uszypułowanym z protezą piersiową
- 85.95 Wprowadzenie ekspandera do piersi
- 85.97 Wszczepienie ekspanderoprotezy piersiowej
- 92.247 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) – fotony
- 92.248 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) – fotony
- 92.246 Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) – fotony
- 92.292 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RotIMRT) – fotony
- 92.291 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne – fotony
- 92.242 Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem (IGRT) – fotony
- 92.31 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-ft)
- 92.32 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-x)
- 92.312 Obrazowo monitorowana stereotaktyczna i cybernetyczna mikroradioterapia (OMSCMRT)
- 92.261 Teleradioterapia 3D stereotaktyczna z modulacją intensywności dawki (3D-SIMRT) – fotony
- 92.263 Teleradioterapia 3D stereotaktyczna konformalna (3D-SCRT) – fotony
- 92.241 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D – fotony
- 92.251 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D – elektrony
- 92.252 Teleradioterapia 3D konformalna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT) – elektrony
- 92.256 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) – elektrony
- 92.257 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) – elektrony
- 92.240 Teleradioterapia radykalna 2D – fotony
- 92.222 Teleradioterapia radykalna 2D – promieniowanie X
- 92.223 Teleradioterapia paliatywna – promieniowanie X
- 92.413 Brachyterapia śródkankowa – planowanie 3D
- 92.414 Brachyterapia śródkankowa – planowanie 3D pod kontrolą obrazowania
- 92.452 Brachyterapia powierzchniowa – planowanie 3D
- 92.46 Brachyterapia śródoperacyjna

Monitorowanie

- 87.35 Mammografia z kontrastem,
- 87.371 Mammografia jednej piersi,
- 87.372 Mammografia obu piersi,
- 87.440 RTG klatki piersiowej,
- 88.732 USG piersi,
- 88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej,
- 88.790 USG węzłów chłonnych,
- 88.981 Dwufotonowa absorpcjometria (densytometria z kości udowej lub kręgosłupa)
- 88.764 USG transwaginalne
- 88.721 Echokardiografia
- 89.00 Porada lekarska, konsultacja, asysta

identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzajach: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego, określonymi w zarządzeniu nr 128/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Prezesa NFZ z dnia 30 września 2019 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych:

- 5.51.01.0009001 – J01 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją *
- 5.51.01.0009002 – J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *
- 5.51.01.0009050 – J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. *
- 5.51.01.0009051 – J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. *
- 5.51.01.0009004 – J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi *
- 5.51.01.0009005 – J05 Średnia chirurgia piersi *
- 5.51.01.0009006 – J06 Mała chirurgia piersi *
- 5.51.01.0009008 – J08 Choroby piersi złośliwe
- 5.51.01.0009010 – J10 Biopsja mammotomiczna *
- 5.51.01.0015018 – Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym *
- 5.51.01.0015019 – Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym *
- 5.60.01.0000001 – Materiał onkologiczny duży
- 5.60.01.0000002 – Materiał śródoperacyjny
- 5.60.01.0000003 – Konsylium lekarskie
- 5.07.01.0000011 – Teleradioterapia
- 5.07.01.0000012 – Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki
- 5.07.01.0000013 – Teleradioterapia 3D - niekoplanarnaz monitoringiem tomograficznym (3D-CRT) – BCU lub całego ciała (TBI) lub połowy ciała (HBI) lub skóry całego ciała (TSI)
- 5.07.01.0000014 – Teleradioterapia 3Dśródoperacyjna (3D-IORT)
- 5.07.01.0000023 – Teleradioterapia radykalna z planowaniem trójwymiarowym (3D)
- 5.07.01.0000021 – Teleradioterapia paliatywna
- 5.07.01.0000042 – Brachyterapia z planowaniem 3D
- 5.07.01.0000048 – Zakwaterowanie do teleradioterapii/protonoterapii
- 5.52.01.0001440 – Hospitalizacja do teleradioterapii/terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż.
- 5.52.01.0001470 – Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej – w oddziale radioterapii/ onkologii klinicznej
- 5.52.01.0001499 – Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku < 18 r.ż.- w oddziale onkologii i hematologii dziecięcej
- 5.53.01.0000035 – Implantacja portu naczyniowego
- 5.52.01.0000036 – Usunięcie portu naczyniowego z hospitalizacją
- 5.52.01.0001537 – Hospitalizacja świadczeniobiorcy onkologicznego świadczenia kompleksowego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
- 5.11.02.9200001 – ROKO Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych-
- 5.11.02.9200002 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w oddziale dziennym
- 5.11.0000008 – Porada lekarska rehabilitacyjna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych
- 5.11.0000009 – Porada lekarska rehabilitacyjna kompleksowa w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych
- 5.11.0000010 – Wizyta fizjoterapeutyczna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych
- 5.11.0000011 – indywidualna praca z pacjentem (np. Ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody redukcji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie

mniej niż 30 min. w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych

- 5.11.0000012 – masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu, masaż limfatyczny ręczny, masaż podwodny w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych
- 5.11.0000013 – pozostałe zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych
- 5.32.00.0000020 – Diagnostyka wstępna - nowotwory piersi
- 5.33.00.0000014 – Diagnostyka pogłębiona - nowotwory piersi
- 5.60.01.0000004 – biopsja gruboigłowa (oligobiopsja) - badanie materiału z piersi (guz), węzeł chłonny
- 5.31.00.0000022 – Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22
- 5.60.01.0000005 – opieka psychologiczna - moduł diagnostyka
- 5.30.00.0000011 – W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu
- 5.30.00.0000012 – W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu
- 5.30.00.0000013 – W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu
- 5.30.00.0000014 – W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu
- 5.30.00.0000015 – W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu
- 5.30.00.0000017 – W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu
- 5.60.01.0000006 – konsultacja neurologiczna - moduł monitorowanie
- 5.60.01.0000007 – konsultacja kardiologiczna - moduł monitorowanie
- 5.60.01.0000008 – konsultacja pulmonologiczna - moduł monitorowanie
- 5.60.01.0000009 – konsultacja ginekologiczna - moduł monitorowanie
- 5.60.01.0000010 – inna konsultacja specjalistyczna - moduł monitorowanie
- 5.60.01.0000011 – opieka psychologiczna - moduł monitorowanie
- 5.03.00.0000020 – scyntygrafia całego ciała (układ kostny)
- 5.03.00.0000013 – limfoscycntygrafia
- 5.60.01.0000012 – RM piersi
- 5.10.00.0000103 – pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I

zwane dalej: diagnostyką i leczeniem nowotworów piersi (BCU).

2. Taryfikowane świadczenie

2.1. Charakterystyka świadczenia

Nowotwory złośliwe piersi

Rak piersi to nowotwór złośliwy wywodzący się z nabłonka gruczołu piersiowego. Rozwija się miejscowo w piersi i daje przerzuty do węzłów chłonnych oraz narządów wewnętrznych (np. płuc, wątroby, kości i mózgu). Rak piersi jest jednym z częściej występujących nowotworów złośliwych i stanowi około 1/4 wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet.

Etiologia raka piersi nie jest dostatecznie jasna. Ten sam morfologicznie nowotwór może być indukowany przez kilka, a nawet kilkanaście czynników kancerogennych. Coraz częściej jednak w ryzyku zachorowania na raka piersi wskazuje się na uwarunkowania genetyczne. W Polsce około 10%-20% przypadków raka piersi występuje u kobiet, u których stwierdza się mutacje w obrębie genów, najczęściej w BRCA1 i BRCA2.

Rak piersi występuje najczęściej po menopauzie, jednak pojawia się także u kobiet młodszych. Najważniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka piersi jest wiek, a w dalszej kolejności: pierwsza wczesna miesiączka, późna menopauza, późny wiek pierwszego porodu zakończonego urodzeniem żywego dziecka, długotrwała hormonalna terapia zastępcza (HTZ), ekspozycja na działanie promieniowania jonizującego, niektóre łagodne choroby rozrostowe piersi, rodzinne występowanie raka piersi, zwłaszcza w młodszy wiek oraz nosicielstwo mutacji niektórych genów (przede wszystkim BRCA1 i BRCA2).

Podejrzenie nowotworu wysuwa się na podstawie stwierdzenia guzka w piersi lub zmiany skórnej, często przez samą chorą, albo nieprawidłowej zmiany w mammografii wykonanej w ramach badań przesiewowych. Rozpoznanie potwierdza się badaniem histopatologicznym materiału pobranego metodą gruboigłowej biopsji (w tym próżniowej tzw. mammotomicznej); rzadko stosuje się biopsję aspiracyjną cienkoigłową i ocenę cytologiczną.

Badania pomocnicze:

- 1) Mammografia – podstawowe badanie obrazowe służące do rozpoznawania raka piersi. Główne cechy obrazu mammograficznego nasuwające podejrzenie raka piersi;
- 2) USG – zwykle stanowi uzupełnienie mammografii;
- 3) MR – badanie o największej (~95 %) czułości;
- 4) badanie patomorfologiczne;
- 5) badania molekularne;
- 6) badania laboratoryjne.

Ocena stopnia zaawansowania odbywa się z zastosowaniem skali TNM z uwzględnieniem oceny zmiany pierwotnej, stanu węzłów chłonnych oraz obecności przerzutów odległych.

Tabela 1 Stopień zaawansowania raka piersi określony na podstawie klasyfikacji TNM

Stopień zaawansowania	Klasyfikacja TNM
Stopień 0	Tis N0 M0
Stopień IA	T1 N0 M0
Stopień IB	T0,T1 N1mi M0

Stopień zaawansowania	Klasyfikacja TNM
Stopień IIA	T0,T1 N1 M0
	T2 N0 M0
Stopień IIB	T2 N1 M0
	T3 N0 M0
Stopień IIIA	T0,T1,T2 N2 M0
	T3 N1,N2 M0
Stopień IIIB	T4 N0,N1,N2 M0
Stopień IIIC	każdy T N3 M0
Stopień IV	każdy T każdy N M1

Nowotwór w najwcześniejszej lub początkowej fazie rozwoju, w zależności od wielkości guza oraz obecności podejrzanych, lokalnych węzłów chłonnych to nowotwór w I lub II stadium zaawansowania. Zaawansowany rak piersi oznacza miejscowo zaawansowanego raka piersi (III stadium zaawansowania) oraz przerzutowego raka piersi (ang. *metastatic breast cancer*, MBC), czyli uogólnionego, rozsianego raka piersi, w którym doszło już do przerzutów do organów odległych (IV stadium zaawansowania); najczęściej do płuc, wątroby, mózgu i kości. Miejscowo zaawansowany rak piersi (ang. *locally advanced breast cancer*, LABC) najczęściej jest nie operacyjny, ale jest to rak, który nie dał przerzutów odległych.

W zależności od zaawansowania oraz wyników badań patomorfologicznych stosowane jest odpowiednie leczenie raka piersi, obejmuje następujące metody terapeutyczne:

- 1) mastektomia – amputacja piersi wraz z węzłami chłonnymi pachy, bez usuwania mięśnia piersiowego większego i mniejszego;
- 2) operacja oszczędzająca - wycięcie guza nowotworowego w granicach tkanek zdrowych oraz węzłów chłonnych pachy;
- 3) operacja paliatywna;
- 4) radioterapia;
- 5) chemioterapia;
- 6) hormonoterapia.

Breast Cancer Unit – kompleksowe i interdyscyplinarne leczenie raka piersi

Koncepcja kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotworów piersi opiera się na scentralizowanym, wielodyscyplinarnym leczeniu w jednej jednostce organizacyjnej. Proponowany model zakłada, że rozpoznaniem i leczeniem skojarzonym tego nowotworu z użyciem metod chirurgicznych, systemowych i radioterapii zajmować się będą specjalistyczne ośrodki o dużym doświadczeniu, dysponujących wielodyscyplinarnym zespołem specjalistów (specjalista: chirurgii onkologicznej, chirurgii plastycznej, radioterapii onkologicznej, onkologii klinicznej, radiologii, patomorfologii, rehabilitacji i psychoonkologii). Ze względu na złożoność procesu terapeutycznego, zakłada się zapewnienie przez ośrodek sprawnej koordynacji na każdym etapie leczenia, w tym ściśle monitorowanie efektów leczenia, rehabilitację psychofizyczną - mającą na celu poprawę stanu psychicznego chorych i usprawnianie w różnych okresach leczenia, a także zapewnienie dostępu do opieki paliatywnej/hospicyjnej.

Europejskie towarzystwo naukowe EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists) rekomenduje, by jeden podmiot wiodący przypadał średnio na 500 tysięcy mieszkańców, co w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia oznaczałoby konieczność realizacji świadczeń przez 70-80 ośrodków.

W modelu kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotworów piersi przyjęto następujące kryteria organizacyjne wyznaczające minimalny standard, który powinien być zapewniony przez te ośrodki:

- zapewnienie przez ośrodek optymalnie wysokiej jakości realizowanych świadczeń, zdefiniowanych przez wymaganą liczbę:
 - co najmniej 1000 badań mammograficznych ocenianych przez lekarza specjalistę radiologii w ciągu ostatnich trzech lat,
 - co najmniej 150 badań histopatologicznych ocenianych rocznie przez lekarza patomorfologa (rozpoznań pierwotnego raka piersi u pacjentów w dowolnym wieku, we wszystkich stadiach);
 - co najmniej 120 pierwotnych operacji przeprowadzanych rocznie w ośrodku u pacjentek z nowym rozpoznaniem raka piersi, we wszystkich grupach wiekowych i wszystkich stadiach zaawansowania choroby,
- zapewnienie przez ośrodek interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego z udziałem specjalistów w dziedzinie: chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej, radioterapii, patomorfologii, chirurgii plastycznej;
- zapewnienie przez ośrodek właściwej koordynacji oraz nadzoru nad realizacją świadczeń w ustalonych ramach czasowych, w tym zapewnienie możliwości współpracy ze specjalistami: genetykiem klinicznym, psychoonkologiem, rehabilitantem.

2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce

Udzielanie świadczeń onkologicznych odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wydanych na jej podstawie, natomiast zakres świadczeń onkologicznych regulowany jest rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, określający ich wykaz i warunki realizacji. W wyniku regulacji prawnych, które weszły w życie 1 stycznia 2015 r., placówki ochrony zdrowia mogą realizować „szybką terapię onkologiczną” w ramach tzw. pakietu onkologicznego. Pakiet onkologiczny to potoczne określenie aktów prawnych, wprowadzających szybką terapię onkologiczną, która jest rozwiązaniem organizacyjnym, mającym na celu sprawne i szybkie poprowadzenie pacjenta przez kolejne etapy diagnostyki i leczenia, poprawiając przy tym jakość i dostępność opieki zdrowotnej. Założeniem zmian wprowadzonych przez pakiet było zapewnienie pacjentom, u których lekarze podejrzewają lub stwierdzą nowotwór złośliwy oraz pacjentom w trakcie leczenia onkologicznego (chemioterapia, radioterapia, leczenie chirurgiczne), kompleksowej opieki na każdym etapie choroby.

Kompleksową opiekę nad chorymi na nowotwory piersi wprowadzają następujące akty wykonawcze, które weszły w życie z dniem 1 października 2019 r.:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 maja 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

oraz zarządzenie nr 128/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Prezesa NFZ z dnia 30 września 2019 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych zmienione zarządzeniem nr 187/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielenie onkologicznych świadczeń kompleksowych.

Załącznik nr 1 do przywołanego zarządzenia określa Katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych oraz charakterystykę produktów.

Tabela 2 Katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	03.4240.020.02	Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś)	moduł leczenie	5.51.01.000 9001	J01	Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją *			10 038	9 235	17	353	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne - nie obejmuje profilaktycznej mastektomii
2				5.51.01.000 9002	J02	Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *			6 613	6 084	18	353	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
3				5.51.01.000 9050	J03E	Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.*			4 546	4 182			x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4				5.51.01.000 9051	J03F	Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.*			3 838	3 531			x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
5				5.51.01.000 9004	J04	Zabiegi rekonstrukcyjne piersi *			5 609	5 160			x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
6				5.51.01.000 9005	J05	Średnia chirurgia piersi *			1 417	1 304			x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
7				5.51.01.000 9006	J06	Mała chirurgia piersi *			650	598		598	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
8				5.51.01.000 9008	J08	Choroby piersi złośliwe			2 067	1 901	8	236	x			w rodzaju leczenie szpitalne
9				5.51.01.000 9010	J10	Biopsja mammotomiczna *			2 362	2 173						- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
10				5.51.01.001 5018	Q18	Duże zabiegi na układzie limfatycznym *			3 896	3 584			x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
11				5.51.01.001 5019	Q19	Średnie zabiegi na układzie limfatycznym *			2 362	2 173			x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP,

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
																- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
12				5.60.01.000 0001		Materiał onkologiczny duży			1 321				x			
13				5.60.01.000 0002		Materiał śródoperacyjny			431				x			
14				5.60.01.000 0003		Konsylium lekarskie			270				x	x		- obejmuje opracowanie indywidualnego planu leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 1 lit.c rozporządzenia szpitalnego oraz koordynację procesu leczenia
15				5.07.01.000 0011		Teleradioterapia			17 468				x	x		- cały cykl leczenia; - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; - obejmuje co najmniej jedną procedurę: 92.247 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) — fotony 92.248

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
																Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) — fotony
16				5.07.01.000 0012		Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki			16 389				x	x		- cały cykl leczenia; - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; - obejmuje co najmniej jedną procedurę: 92.246 Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) — fotony 92.292 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RotIMRT) - fotony 92.291 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne - fotony

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
17				5.07.01.000 0013		Teleradioterapia 3D - niekoplanarna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT) - BCU lub całego ciała (TBI) lub połowy ciała (HBI) lub skóry całego ciała (TSI)			14 899				x	x		- cały cykl leczenia; - monitoring tomograficzny co najmniej dwukrotnie w trakcie napromieniania; - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; - obejmuje co najmniej jedną procedurę: 92.242 Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem (IGRT) — fotony,
18	03.4240.020.02	Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi	moduł leczenie	5.07.01.000 0014		Teleradioterapia 3D śródoperacyjna (3D-IORT)			6 114				x	x		- cały cykl leczenia; - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; - obejmuje co najmniej jedną procedurę: 92.31 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-ft)92.32 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-x)

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
19				5.07.01.000 0023		Teleradioterapia radykalna z planowaniem trójwymiarowym (3D)			11 560				x	x		- cały cykl leczenia; - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; - obejmuje co najmniej jedną procedurę: 92.241 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — fotony- 92.251 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — elektrony
20				5.07.01.000 0021		Teleradioterapia paliatywna			2 812				x	x		- cały cykl leczenia; - warunki określone w zał. Nr 3a - obejmuje co najmniej jedną procedurę: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X,
21				5.07.01.000 0042		Brachyterapia z planowaniem 3D			9 734				x	x		- cały proces leczenia; - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; - obejmuje co najmniej jedną

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
																procedurę: 92.414 Brachyterapia śródkankowa - planowanie 3D pod kontrolą obrazowania 92.452 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie 3D 92.46 Brachyterapia śródoperacyjna
22				5.07.01.000 0048		Zakwaterowanie do teleradioterapii / protonoterapii			162				x	x		- za osobodzień - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobircy poza podmiotem działalności leczniczej
23				5.52.01.000 1440		Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż.			162				x			- za osobodzień - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem i leczeniem radioterapią - z wyłączeniem przetoczeń i RDTL

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
24				5.52.01.000 1470		Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej - w oddziale radioterapii/ onkologii klinicznej			379				x			- za osobodzień - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem radioterapii lub leczeniem radioterapią lub leczeniem skutków ubocznych radioterapii lub diagnostyką związaną z leczeniem radioterapią - z wyłączeniem przetoczeń i RDTL
25				5.52.01.000 1499		Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku < 18 r.ż.- w oddziale onkologii i hematologii dziecięcej			270				x			- za osobodzień - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem radioterapii lub leczeniem radioterapią - z wyłączeniem przetoczeń i RDTL
26				5.53.01.000 0035		Implantacja portu naczyniowego			2 704				x			- obejmuje koszt wyrobu medycznego (portu); - nie można sumować z produktem o kodzie 5.52.01.0000035.

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
27				5.52.01.000 0036		Usunięcie portu naczyniowego z hospitalizacją			1 592				x			
28				5.52.01.000 1537		Hospitalizacja świadczeniobiorcy onkologicznego świadczenia kompleksowego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.			0				x			
29			moduł rehabilitacja	5.11.02.920 0001	ROKO	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych -	punkt		180				x			- zgodnie z kryteriami kwalifikacji określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym - czas realizacji świadczenia ustalany indywidualnie przez lekarza - realizacja obejmuje cykl 10 dni zabiegowych lub 20 dni zabiegowych (jednorazowo)
30				5.11.02.9200002		Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w oddziale dziennym	punkt		88					x		- zakres świadczeń obejmuje procedury ICD-9: 93.1139, 93.12, 93.1202, 93.1204, 93.1205, 93.1304, 93.1305, 93.1401, 93.1812, 93.1903, 93.1907, 93.1909, 93.3801, 93.3808,

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
31																93.3812, 93.3816, 93.3818, 93.3821, 93.3827, 93.3831, 93.3912, 93.3916, 93.3918, 93.3987, 93.3999
																- świadczenie rozliczane zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu REH
32				5.11.0000009		Porada lekarska rehabilitacyjna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	punkt		66					x		obejmuje co najmniej 1 procedurę diagnostyczną obrazową ICD-9: 04.14, 04.19, 87.22-87.29, 87.431, 87.433, 88.11, 88.21-24, 88.26-29, 88.33, 88.37, 88.793-798, 88.981, 88.983, lub co najmniej 2 procedury laboratoryjne ICD-9: A01, A19, C53, C59, G49, I81, L11, L69, M18, M45, O75, O77, O87, O89, O91, S21,

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
																S23, S27, S29, S31, 91.831.
33				5.11.0000010		Wizyta fizjoterapeutyczna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	punkt		15					x		- świadczenie rozliczane zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu REH
34	03.4240.020.02	Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś)	moduł rehabilitacja	5.11.0000011		indywidualna praca z pacjentem (np. Ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody redukcji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min. w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	punkt		28					x		konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
35				5.11.0000012		masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta , w tym min. 15 minut czynnego masażu, masaż limfatyczny ręczny, masaż podwodny w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	punkt		12					x		" - konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń - realizacja obejmuje 20 min. na jednego pacjenta, w tym 15 min. czynnego masażu - możliwość rozliczenia krotności produktu (max. 60 min. czynnego masażu na jednego pacjenta)"
36				5.11.0000013		pozostałe zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	punkt		7					x		konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń
37				5.11.01.0000077		Żywnienie dojelitowe w rehabilitacji	punkt		108							za każdy dzień żywienia

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
38				5.11.01.0000080		Kompletne żywienie pozajelitowe w rehabilitacji	punkt		216							za każdy dzień żywienia
39			moduł diagnostyka nowotworu piersi	5.32.00.0000020	nd	Diagnostyka wstępna - nowotwory piersi	369	369						x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
40				5.33.00.0000014	nd	Diagnostyka pogłębiona - nowotwory piersi	417	417						x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
41				5.60.01.0000004	nd	biopsja gruboigłowa (oligobiopsja) - badanie materiału z piersi (guz), węzeł chłonny		559						x		- obejmuje ocenę pobranego materiału oraz barwienia HC oraz IHC, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej
42				5.31.00.0000022	Z22	Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22		1924						x		- świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, - do wykazania z

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
43			moduł monitorowanie	5.60.01.000 0005	nd	opieka psychologiczna - moduł diagnostyka		160						x		odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
44				5.30.00.000 0011	W11	W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu		34						x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
45				5.30.00.000 0012	W12	W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu		67						x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
																określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
46				5.30.00.000 0013	W13	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu		125						x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
47				5.30.00.000 0014	W14	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu		164						x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
48				5.30.00.000 0015	W15	W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu		48						x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
49				5.30.00.000 0017	W17	W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu		96						x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
50				5.60.01.000 0006	nd	konsultacja neurologiczna - moduł monitorowanie		58						x		
51				5.60.01.000 0007	nd	konsultacja kardiologiczna - moduł monitorowanie		58						x		
52				5.60.01.000 0008	nd	konsultacja pulmonologiczna - moduł monitorowanie		58						x		

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
53	03.4240.020.02	Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś)	moduł diagnostyka nowotworu piersi moduł	5.60.01.000 0009	nd	konsultacja ginekologiczna - moduł monitorowanie		58						x		
54				5.60.01.000 0010	nd	inna konsultacja specjalistyczna - moduł monitorowanie		58						x		
55				5.60.01.000 0011	nd	opieka psychologiczna - moduł monitorowanie		60						x		możliwość wykazania maksymalnie 5 produktów
56				5.03.00.000 0020	nd	scyntygrafia całego ciała (układ kostny)		388						x		
57				5.03.00.000 0013	nd	limfoscynygrafia		323						x		
58	03.4240.020.02	Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś)	moduł diagnostyka nowotworu piersi moduł	5.60.01.000 0012	nd	RM piersi		520						x		- dotyczy osób z mutacją BRCA1/BRCA2, - w ramach modułu diagnostyki nowotworu piersi: do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady, - w ramach modułu monitorowania: do wykazania z innymi produktami albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady

Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
59				5.10.00.000 0103	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	236,22	2 795						x		- z zastosowaniem radiofarmaceutyku 18F-NaF, - w ramach modułu diagnostyki nowotworu piersi: do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady, - w ramach modułu monitorowania: do wykazania z innymi produktami albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady

Źródło: załącznik do zarządzenia nr 187/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r.

Opis przedmiotu umowy, wraz z charakterystyką świadczenia stanowi załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 128/2019/DSOZ Prezesa NFZ.

Tabela 3 Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś)

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu: 03.4240.020.02: Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś)
1.2	Zakres i organizacja świadczenia	Opieka onkologiczna i interdyscyplinarna nad świadczeniobiorcą z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu piersi od etapu diagnostycznego, poprzez leczenie, monitorowanie efektów leczenia oraz rehabilitację. Świadczeniodawca realizuje i koordynuje świadczenie Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, zgodnie z wymaganiami określonymi dla poszczególnych modułów wymienionych w poniższych przepisach na zasadach art. 32a ustawy o świadczeniach z wykorzystaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. W ramach koordynacji świadczenia Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi świadczeniodawca zapewnia przeprowadzenie procesu diagnostycznego, terapeutycznego, rehabilitacyjnego i monitorowania opieki, przy uwzględnieniu wszystkich świadczeń wchodzących w skład opieki kompleksowej. Szczegółowy opis kryteriów, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy realizujący KON-Pierś w odniesieniu do Ośrodka raka piersi oraz dla Centrum kompetencji raka piersi znajduje się w załączniku nr 3a lp. 1 i 2 do rozporządzenia szpitalnego, w odniesieniu do realizacji modułu diagnostycznego i monitorującego znajduje się w załączniku nr 5 lp. 25 i 26 do rozporządzenia ambulatoryjnego, a w odniesieniu do rehabilitacji w załączniku nr 5 lp. 4 do rozporządzenia rehabilitacyjnego. ¹ W celu spełnienia wymagań i realizacji świadczenia wysokiej jakości świadczeniodawca powołuje wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny.
1.3	Określenie świadczenia	Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej określone w lp. 48 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego, lp. 25 i 26 załącznika nr 5 do rozporządzenia ambulatoryjnego oraz lp. 4 załącznika nr 5 do rozporządzenia rehabilitacyjnego ² .
1.4	Częstość występowania	Nowotwór złośliwy piersi jest najczęściej diagnozowanym nowotworem w populacji kobiet na świecie i w Polsce oraz jest główną przyczyną zgonów w populacji kobiet z powodu nowotworu złośliwego.
2.	Kryteria kwalifikacji do poszczególnych etapów świadczenia	
2.1	Kryteria kwalifikacji do świadczenia w ramach modułu diagnostyka nowotworu piersi	Zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu ambulatoryjnym, załącznik nr 5 lp. 25, w poz. „warunki kwalifikacji do świadczenia”.
2.2	Kryteria kwalifikacji do świadczenia w ramach modułu leczenie	Zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu szpitalnym załącznik 4 lp. 48, w poz. „warunki kwalifikacji do świadczenia”.
2.3	Kryteria kwalifikacji do świadczenia w ramach modułu rehabilitacja	Zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym załącznik nr 5 lp. 4, w poz. „warunki kwalifikacji do świadczenia”.
2.4	Kryteria kwalifikacji do świadczenia w ramach modułu monitorowanie	Zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu ambulatoryjnym, załącznik nr 5 lp. 26, w poz. „warunki kwalifikacji do świadczenia”.
2.5	Specyfikacja procedur medycznych wykonywanych w ramach modułu diagnostyka nowotworu piersi	Realizacja co najmniej jednej z następujących procedur: 88.732 USG piersi; 88.790 USG węzłów chłonnych; 87.35 Mammografia z kontrastem; 87.372 Mammografia obu piersi; 87.371 Mammografia jednej piersi; 87.440 Rtg klatki piersiowej; 88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej; 88.906 RM piersi; 92.141 scyntygrafia trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów;

¹ Patrz: załącznik do raportu.

² Patrz: załącznik do raportu.

		<p>92.142 scyntygrafia jednofazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów; 92.144 scyntygrafia całego układu kostnego (metoda "whole body") z zastosowaniem fosfonianów; 92.149 scyntygrafia układu kostnego – inne; 92.169 scyntygrafia układu limfatycznego – inne; 87.410 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego; 87.411 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym; 87.412 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym; 88.010 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego; 88.011 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym; 88.012 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym; 88.923 RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego; 88.924 RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym; 88.971 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego; 88.976 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym; 92.062 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych; 85.113 przezskórna gruboigłowa biopsja piersi; 85.114 przezskórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana; 85.131 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG; 85.132 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna; 40.10 Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych); Y90 Badanie histopatologiczne oraz w uzasadnionych klinicznie przypadkach inne procedury ICD-9.</p>
2.6	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w ramach modułu leczenia	<p>Realizacja co najmniej jednej z następujących czynności w zależności od wskazań oraz preferencji świadczeniobiorcy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leczenie chirurgiczne obejmujące co najmniej jedną z poniższych procedur ICD-9: <ul style="list-style-type: none"> 40.12 Wycięcie węzła wartowniczego; 40.31 Poszerzone wycięcie regionalnych węzłów chłonnych; 40.32 Wycięcie regionalnych węzłów chłonnych wraz z drenowanym segmentem skóry, tkanki podskórnej i tłuszczowej; 40.51 Doszczętne wycięcie pachowych węzłów chłonnych; 85.0 Mastotomia; 85.1 Zabiegi diagnostyczne w zakresie piersi; 85.2 Wycięcie lub zniszczenie tkanki piersi; 85.22 Resekcja kwadrantu piersi; 85.26 Wycięcie guza piersi – BCT; 85.261 Leczenie oszczędzające chirurgiczne z zastosowaniem technik onkoplastycznych bez centralizacji kompleksu brodawka-otoczka piersiowa lub z centralizacją; 85.3 Pomniejszająca plastyka sutka z podskórną mammektomią; 85.411 Mastektomia – inna; 85.412 Mastektomia całkowita; 85.421 Obustronne proste odjęcie piersi; 85.422 Obustronne całkowite odjęcie piersi; 85.431 Poszerzona prosta mastektomia – inna; 85.432 Zmodyfikowana radykalna mastektomia; 85.433 Prosta mastektomia z wycięciem regionalnych węzłów chłonnych; 85.451 Usunięcie piersi, mięśnia piersiowego, regionalnych węzłów chłonnych (pachowych, pod- i nadobojczykowych); 85.452 Radykalne odjęcie piersi BNO; 85.471 Wycięcie piersi, mięśnia piersiowego, regionalnych węzłów chłonnych (pachowych, nadobojczykowych, piersiowych wewnętrznych, śródpiersiowych); 85.472 Poszerzona radykalna amputacja piersi BNO; <p>Leczenie chirurgii plastycznej 85.33 jednostronna podskórna mammektomia/wszczep;</p> <ul style="list-style-type: none"> 85.5 Powiększająca plastyka piersi; 85.531 Jednostronne wszczępienie protezy piersiowej; 85.54 Obustronny wszczępienie do piersi; 85.55 Wymiana ekspandera na endoprotezę piersiową; 85.6 Mastopeksja; 85.7 Całkowita rekonstrukcja piersi; 85.842 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym uszypułowanym; 85.851 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym z połączeniem mikrochirurgicznym; 85.87 Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej – inne; 85.88 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym/uszypułowanym z protezą piersiową; 85.9 Inne operacje w zakresie piersi; 85.95 Wprowadzenie ekspandera do piersi; 85.97 Wszczępienie ekspandero-protezy piersiowej;

		<p>85.261 Tatuowanie kompleksu brodawka-otoczek piersiowa w celu ich odtworzenia optycznego;</p> <p>85.314 Symetryzacja piersi zdrowej.</p> <p>2. Leczenie radioterapią/brachyterapią obejmujące co najmniej jedną z poniższych procedur ICD-9:</p> <p>92.247 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) – fotony;</p> <p>92.248 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) – fotony;</p> <p>92.246 Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) – fotony;</p> <p>92.292 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RotIMRT) – fotony;</p> <p>92.291 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne – fotony;</p> <p>92.242 Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem (IGRT) – fotony;</p> <p>92.31 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-ft);</p> <p>92.32 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-x);</p> <p>92.241 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D – fotony;</p> <p>92.251 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D – elektrony;</p> <p>92.223 Teleradioterapia paliatywna – promieniowanie X;</p> <p>Leczenie brachyterapią 92.413 – Brachyterapia śródtkankowa – planowanie 3D;</p> <p>92.41 4Brachyterapia śródtkankowa – planowanie 3D pod kontrolą obrazowania;</p> <p>92.452 Brachyterapia powierzchniowa – planowanie 3D;</p> <p>92.46 Brachyterapia śródoperacyjna</p> <p>oraz w uzasadnionych klinicznie przypadkach inne procedury ICD-9.</p>
2.7	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w ramach modułu rehabilitacja	<p>Realizacja obejmuje:</p> <p>1. We wczesnym lub późnym okresie po leczeniu chirurgicznym zabiegi ukierunkowane na:</p> <p>1) poprawę zakresu ruchu, siły mięśni i zręczności przez zastosowanie kinezyterapii miejscowej: ćwiczeń w odciążeniu ICD-9: 93.1205, czynnych wolnych ICD-9: 93.1202; samowspomaganych ICD-9: 93.1204, sprawności manualnej ICD-9: 93.1903 lub zespołowej ICD-9: 93.1907;</p> <p>2) wykorzystanie specjalistycznych metod kinezyterapeutycznych i terapii manualnej: ICD-9: 93.3801, ICD-9: 93.3808, ICD-9: 93.3816, ICD-9: 93.3818, ICD-9: 93.3821, ICD-9: 93.3827, ICD-9: 93.3831;</p> <p>3) profilaktykę przeciwobrzękową: nauka automasażu ICD-9: 93.3912, ćwiczenia oddechowe ICD-9: 93.1812, czynne wolne: ICD-9: 92.1202, ćwiczenia udrażniające ICD-9: 93.1305;</p> <p>4) ćwiczenia ogólnokondycyjne, w szczególności biegnia, cykloergometr, stepper: ICD-9: 93.1401, ICD-9: 93.12, ICD-9: 93.1909.</p> <p>2. Terapia w restrykcjach blizn po mastektomii, BCT i rekonstrukcjach piersi: masaż suchy częściowy ICD-9: 93.3912 oraz mobilizacja blizn ICD-9: 93.3827.</p> <p>3. Redukcja obrzęku limfatycznego: przerywana kompresja pneumatyczna (45-50 min): ICD-9: 93.3916, manualny drenaż limfatyczny (50-60 min) ICD-9: 93.3987, nałożenie bandażu wielowarstwowych lub odzieży kompresyjnej (do 15 min) ICD-9: 93.3918, ICD-9: 93.3999 zabiegi fizjoterapeutyczne - inne, ćwiczenia kończyny górnej w kompresjoterapii (15 min) ICD-9: 93.1304, ICD-9: 93.1139.</p> <p>4. Ćwiczenia relaksacyjne.</p> <p>5. Psychoterapia - psychoedukacja i relaksacja.</p> <p>6. Świadczenia uzupełniające (jeżeli uzasadnione stanem klinicznym świadczeniobiorcy): stosowanie taśm kinesiokleju ICD-9: 93.3812.</p> <p>7. Wystawienie wniosku na wyroby medyczne celem refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia i dokonanie pomiaru kończyny oraz zamówienie wyrobu medycznego.</p>
2.8	Specyfikacja procedur medycznych wykonywanych w ramach modułu monitorowanie	<p>Realizacja co najmniej jednej z następujących procedur:</p> <p>88.981 Dwufotonowa absorpcjometria (densytometria z kości udowej lub kręgosłupa);</p> <p>87.35 Mammografia z kontrastem;</p> <p>87.372 Mammografia obu piersi;</p> <p>87.371 Mammografia jednej piersi;</p> <p>88.732 USG piersi;</p> <p>88.764 USG transwaginalne;</p> <p>88.779 USG innych obszarów układu naczyniowego – doppler;</p> <p>88.906 RM piersi;</p> <p>92.141 scyntygrafia trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów;</p> <p>92.142 scyntygrafia jednofazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów;</p> <p>92.144 scyntygrafia całego układu kostnego (metoda "whole body") z zastosowaniem fosfonianów;</p> <p>92.149 scyntygrafia układu kostnego – inne;</p> <p>92.169 scyntygrafia układu limfatycznego – inne;</p> <p>92.062 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych</p> <p>oraz w uzasadnionych klinicznie przypadkach inne procedury ICD-9.</p>

2.9	Oczekiwane wyniki postępowania	Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi ma zapewnić możliwie najpełniejszą opiekę przy uwzględnieniu kompleksowości oraz koordynacji całego procesu diagnostyczno-leczniczego i rehabilitacyjnego, w celu poprawy jakości leczenia, zwiększenia przeżywalności w populacji świadczeniobiorców z nowotworem piersi, podniesienia komfortu życia oraz zagwarantowania możliwie szybkiego powrotu do aktywności zawodowej.
3.	Warunki wykonania i finansowania świadczenia	
3.1	Warunki wykonania świadczenia	Zgodnie z warunkami określonymi w lp. 48 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego, lp. 25 i 26 załącznika nr 5 do rozporządzenia ambulatoryjnego oraz załączniku nr 5 lp. 4 do rozporządzenia rehabilitacyjnego.
3.2	Organizacja udzielania świadczeń w ramach modułu diagnostyka nowotworu piersi	Stała współpraca realizatora z ośrodkiem raka piersi lub centrum kompetencji raka piersi, oraz organizacja procesu diagnostycznego i spełnienie warunków jakościowych, zgodnie z przepisami określonymi w zał. nr 5 lp. 25 do rozporządzenia ambulatoryjnego.
3.3	Organizacja udzielania świadczenia w ramach modułu leczenie	<p>Obejmuje realizację co najmniej jednej z następujących czynności w zależności od wskazań lub preferencji świadczeniobiorcy:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) leczenie chirurgiczne; b) obligatoryjne konsylium lekarskie (konsylium I i II); c) leczenie radioterapią/brachyterapią; d) leczenie farmakologiczne: chemioterapia, hormonoterapia, programy lekowe; e) w przypadku indywidualnych wskazań klinicznych zwołuje się posiedzenie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, o którym mowa w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. c (konsylium III); f) konsultacja w zakresie zachowania płodności (realizacja po postawieniu diagnozy i przed rozpoczęciem leczenia); g) konsultacja psychologiczna lub psychoonkologiczna; h) konsultacja w zakresie doboru protezy piersi w pracowni wykonującej wyroby medyczne niezbędne w procesie leczenia lub rehabilitacji świadczeniobiorcy z diagnozą nowotworu piersi. <p>Świadczenia należy udzielić w okresie do 6 tygodni od dnia zgłoszenia świadczeniobiorcy do podmiotu świadczeniodawcy, po potwierdzeniu rozpoznania zasadniczego.</p>
3.4	Organizacja udzielania świadczenia w ramach modułu rehabilitacja	<p>Rehabilitacja dla określonej grupy świadczeniobiorców wymaga przedstawienia następujących informacji świadczeniodawcy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wskazania medyczne według klasyfikacji ICD-10 kwalifikującego do rehabilitacji; 2) zakresu, rodzaju, częstotliwości planowanych do realizacji świadczeń rehabilitacyjnych; 3) czasu trwania rehabilitacji; 4) kryteriów oceny zakończenia rehabilitacji; 5) metody oceny skuteczności rehabilitacji. <ol style="list-style-type: none"> 1. Stała współpraca z ośrodkiem diagnostyki i leczenia nowotworu piersi. 3. Świadczeniodawca wyznacza osobę odpowiedzialną w podmiocie świadczeniodawcy za kontakt z koordynatorem merytorycznym i z koordynatorem organizacyjnym w ośrodku diagnostyki i leczenia nowotworu piersi. 4. W przypadku gdy pacjent zgłasza się z załączonymi badaniami, nie są wykonywane powtórne badania diagnostyczne, o ile lekarz lub fizjoterapeuta, w zakresie swoich kompetencji prowadzący rehabilitację nie zdecyduje inaczej. 5. Świadczeniodawca w sposób skuteczny, przystępny i zrozumiały dla świadczeniobiorcy informuje o planowanym postępowaniu fizjoterapeutycznym, proponowanych procedurach, dostępnych opcjach fizjoterapeutycznych, ryzyku związanym z przyjętym planem postępowania, możliwych powikłaniach oraz inne informacje mające znaczenie w procesie fizjoterapeutycznym. 6. Świadczeniodawca w oparciu o powszechnie obowiązujące klasyfikacje i standardy oceny monitoruje i ewaluje jakość i efektywność realizowanych świadczeń oraz zgodność z warunkami realizacji świadczenia, w tym warunkami czasowymi realizacji świadczenia. 7. Rozpoczęcie realizacji świadczenia następuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 21 dni od wypisu po leczeniu w celu niedopuszczenia do rozwoju obrzęku oraz przywrócenia sprawności kończyny górnej, statyki ciała (klatki piersiowej i tułowia); <p>w okresie innym niż określony w pkt 1 w celu redukcji obrzęku limfatycznego oraz zmniejszenia dolegliwości bólowych oraz przywrócenia sprawności kończyny górnej, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia wystawienia skierowania na rehabilitację.</p>
3.5	Organizacja udzielania świadczeń w ramach modułu monitorowanie	Stała współpraca realizatora z ośrodkiem raka piersi lub centrum kompetencji raka piersi, oraz organizacja procesu monitorowania i spełnienie warunków jakościowych, zgodnie z przepisami określonymi w zał. nr 5 lp. 26 do rozporządzenia ambulatoryjnego.

3.6	Zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	Chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna, chemioterapia, radioterapia, radioterapia onkologiczna, radiologia, chirurgia rekonstrukcyjna, chirurgia plastyczna, rehabilitacja, medycyna nuklearna, medycyna paliatywna i hospicyjna oraz pozostałe specjalności zgodnie ze wskazaniami.
3.7	Finansowanie świadczeń w ramach modułu leczenia	<p>Świadczenia rozliczane są zgodnie z katalogiem produktów rozliczeniowych, stanowiącym załącznik nr 10n do zarządzenia.</p> <p>Finansowanie poszczególnych etapów kompleksowej opieki onkologicznej, w module leczenia realizowanych zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjentów, obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) leczenie chirurgiczne, konsylium lekarskie (konsylium I i II), leczenie radioterapią/brachyterapią, konsylium lekarskie (konsylium III), konsultacja w zakresie zachowania płodności (realizacja po postawieniu diagnozy i przed rozpoczęciem leczenia), konsultacja psychologiczna lub psychoonkologiczna – rozliczane w ramach JGP z katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych, b) dodatkowe świadczenia rozliczane produktami jednostkowymi ujętymi w katalogu produktów do sumowania (zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenia szpitalne) – możliwe do sumowania z właściwą JGP z katalogu świadczeń kompleksowych. <p>Świadczenia należy udzielić w okresie do 6 tygodni od dnia zgłoszenia świadczeniobiorcy do podmiotu świadczeniodawcy, po potwierdzeniu rozpoznania zasadniczego. Wskaźnik realizacji świadczenia w okresie 6 tygodni dotyczy co najmniej 90% realizacji tego świadczenia przez świadczeniodawcę w roku kalendarzowym. Maksymalny czas realizacji świadczenia wynosi 9 tygodni od dnia zgłoszenia świadczeniobiorcy do podmiotu świadczeniodawcy. Wskaźnik realizacji świadczenia w okresie od 6 tygodni do 9 tygodni dotyczy co najwyżej 10% realizacji tego świadczenia przez świadczeniodawcę w roku kalendarzowym.</p>
3.8	Finansowanie świadczeń w ramach modułu rehabilitacja	<p>Produkty jednostkowe do rozliczania świadczeń w ramach tego modułu określone są w katalogu produktów rozliczeniowych do rozliczania świadczeń kompleksowych w opiece onkologicznej nad świadczenioborcą z nowotworem piersi stanowiącym załącznik nr 10n.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczenioborcą z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych – rozliczana w ramach grupy ROKO z katalogu świadczeń kompleksowych, b) rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczenioborcą z nowotworem piersi w oddziale dziennym – rozliczana osobodniami w ramach produktów z katalogu świadczeń kompleksowych, c) rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych rozliczana zgodnie z katalogiem produktów rozliczeniowych do rozliczania świadczeń kompleksowych oraz warunkami określonymi w zarządzeniu rehabilitacyjnym.
3.9	Finansowanie świadczeń w ramach modułu diagnostyka nowotworu piersi	<p>Świadczenia rozliczane są zgodnie z katalogiem produktów rozliczeniowych, stanowiącym załącznik nr 10n do zarządzenia.</p> <p>Określenia diagnostyki wstępnej i pogłębionej zgodnie są z przepisami rozporządzenia ambulatoryjnego oraz zarządzenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.</p> <p>W przypadku nie dotrzymania terminu realizacji diagnostyki onkologicznej, poziom finansowania odpowiedniego pakietu diagnostyki onkologicznej ulega skorygowaniu do poziomu 70% wartości określonej w załączniku nr 10n do zarządzenia.</p> <p>W okresie pozostawania świadczeniobiorcy w trakcie realizacji modułu diagnostyka nowotworu piersi, NFZ nie finansuje u danego świadczeniodawcy innych świadczeń AOS zrealizowanych z powodu diagnostyki nowotworów piersi.</p>
3.10	Finansowanie świadczeń w ramach modułu monitorowanie	Świadczenia rozliczane są zgodnie z katalogiem produktów rozliczeniowych, stanowiącym zał. nr 10n do zarządzenia.
4.	Dane do sprawozdawczości	
		Zgodnie z systemem informatycznym udostępnionym przez Fundusz.
5.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	
		Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną dotyczącą postępowania z chorymi na raka piersi.
6.	Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń	
		Świadczeniodawca oblicza wskaźniki efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego zgodnie z art. 32c ustawy i spełnia lub dąży do spełnienia wyznaczonych wartości progowych wskaźników, jeśli zostały określone. Stosowanie ustandaryzowanego pisemnego protokołu dotyczącego diagnostyki i postępowania terapeutycznego we wszystkich stadiach zaawansowania.

W ramach leczenia szpitalnego świadczeniodawcy mają możliwość rozliczania świadczeń związanych z realizacją badań genetycznych w chorobach nowotworowych, w ramach poniższych produktów rozliczeniowych (jako produkty do sumowania z JGP):

- Proste badanie genetyczne
- Złożone badanie genetyczne
- Zaawansowane badanie genetyczne.

2.3. Analiza popytu i podaży

Celem analizy popytu i podaży jest ocena zasadności oraz możliwości wpływania wartości 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 NFZ, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, czy dane Naczelnej Izby Lekarskiej.

Według ostatniego udostępnionego raportu Fundacji Watch Health Care³ czas oczekiwania na zabiegi z obszaru świadczeń realizowanych w BCU uległ skróceniu o 0,3 miesiąca i wynosił w grudniu/styczniu 2019 r. około 1,3 miesiąca. Dla porównania, średni czas oczekiwania na pojedyncze gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce (niezależnie od ich charakteru: diagnostyczne i lecznicze bez uwzględnienia w tej ocenie kompleksowości i niezbędnej etapowości leczenia) wynosił w tym okresie 3,8 miesiąca (około 16 tygodni).

Dane NFZ dotyczące średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie, dla przedmiotowych świadczeń nie są gromadzone.

W ostatnich latach widoczna jest wyraźna tendencja wzrostowa realizacji świadczeń w obszarze diagnostyki dedykowanej nowotworom piersi. W 2016 r. sprawozdano 18 476, a w 2018 r. już 26 480 pakietów diagnostyki wstępnej i pogłębionej z tego obszaru.

Tabela 4 Realizacja pakietów diagnostycznych dedykowanych nowotworom piersi w latach 2016-2018 r.

Kod pakietu	Nazwa diagnostycznego pakietu onkologicznego	Pacjenci 2016	Pacjenci 2017	Pacjenci 2018
5.32.00.0000020	diagnostyka wstępna – nowotwory piersi	4 304	6 432	10 932
5.33.00.0000014	diagnostyka pogłębiona – nowotwory piersi	14 172	14 831	15 548
ŁĄCZNIE		18 476	21 263	26 480

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy NFZ za lata 2016-2018 r.

W leczeniu szpitalnym, w JGP, którymi sprawozdawane są schorzenia nowotworowe piersi, w 2018 r. odnotowano ponad 41 tys. realizacji produktów. Najwięcej szpitalnych świadczeń zabiegowych z obszaru BCU związanych z leczeniem nowotworów piersi zrealizowano w JGP: *J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi* – 15 929, a świadczeń szpitalnych związanych z diagnostyką zabiegową, w *J10 Biopsja mammotomiczna* – 4 184.

Tabela 5 Realizacja produktów rozliczeniowych dedykowanych BCU w 2018 r. (leczenie szpitalne)

Kod produktu	Nazwa produktu	Wystąpienia w 2018 r.
5.51.01.0009001	J01 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją *	1 771
5.51.01.0009002	J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	15 929
5.51.01.0009050	J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. *	1 349
5.51.01.0009051	J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. *	4 166
5.51.01.0009004	J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi *	2 330
5.51.01.0009005	J05 Średnia chirurgia piersi *	1 394
5.51.01.0009006	J06 Mała chirurgia piersi *	1 325
5.51.01.0009008	J08 Choroby piersi złośliwe	7 734
5.51.01.0009010	J10 Biopsja mammotomiczna *	4 184
5.51.01.0015018	Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym *	1 143
5.51.01.0015019	Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym *	494
ŁĄCZNIE		41 819

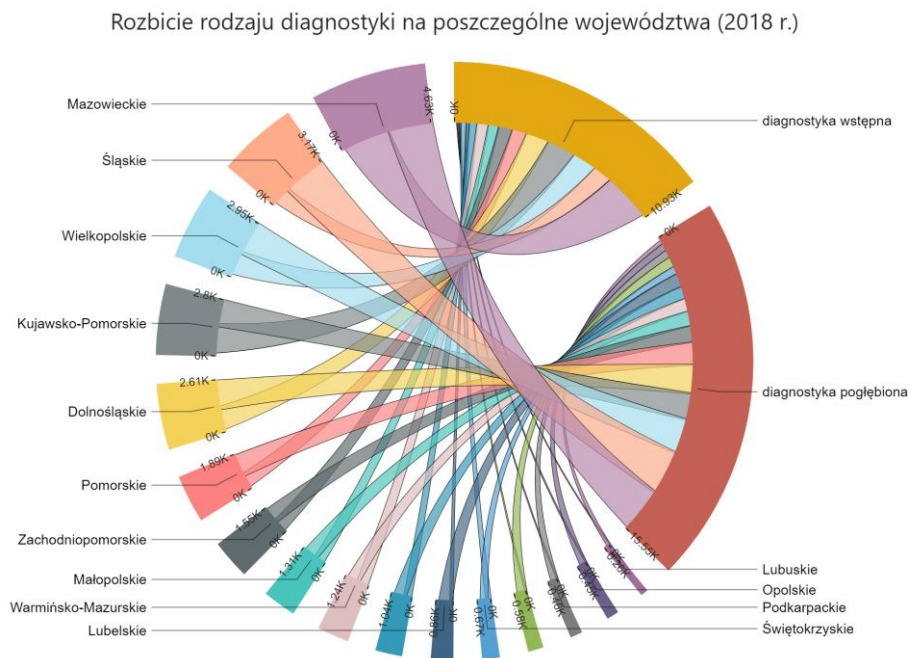
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z bazy NFZ za 2018 r.

³ Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 19/15/02/2019 Stan na grudzień/styczeń 2019r. http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/barometr_whc_xii_i_2019_final.pdf

W obszarze funkcjonowania BCU istotne są rozpoznania nowotworowe, dlatego analizy oparto o następujące ICD-10:

- C50.0 Nowotwór złośliwy (brodawka i otoczka brodawki sutkowej);
- C50.1 Nowotwór złośliwy (centralna część sutka);
- C50.2 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna wewnętrzna sutka);
- C50.3 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna wewnętrzna sutka);
- C50.4 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna zewnętrzna sutka);
- C50.5 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna zewnętrzna sutka);
- C50.6 Nowotwór złośliwy (część pachowa sutka);
- C50.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice sutka);
- C50.9 Nowotwór złośliwy (sutek, nieokreślony);
- C79.8 Wtórny nowotwór złośliwy innych określonych umiejscowień;
- C80 Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia;
- D05.0 Rak zrzakowy in situ;
- D05.1 Rak wewnątrzprzewodowy in situ;
- D05.7 Inny rak sutka in situ;
- D05.9 Rak in situ sutka, nieokreślony;
- D48.6 Nowotwór o nieokreślonym charakterze (sutek).

Najwięcej rozpoznań nowotworów piersi w produktach diagnostyki wstępnej i pogłębionej (łącznie) sprawozdano w województwach: mazowieckim – 4628, śląskim – 3176, a najmniej w województwach: lubuskim – 452 i opolskim – 262.



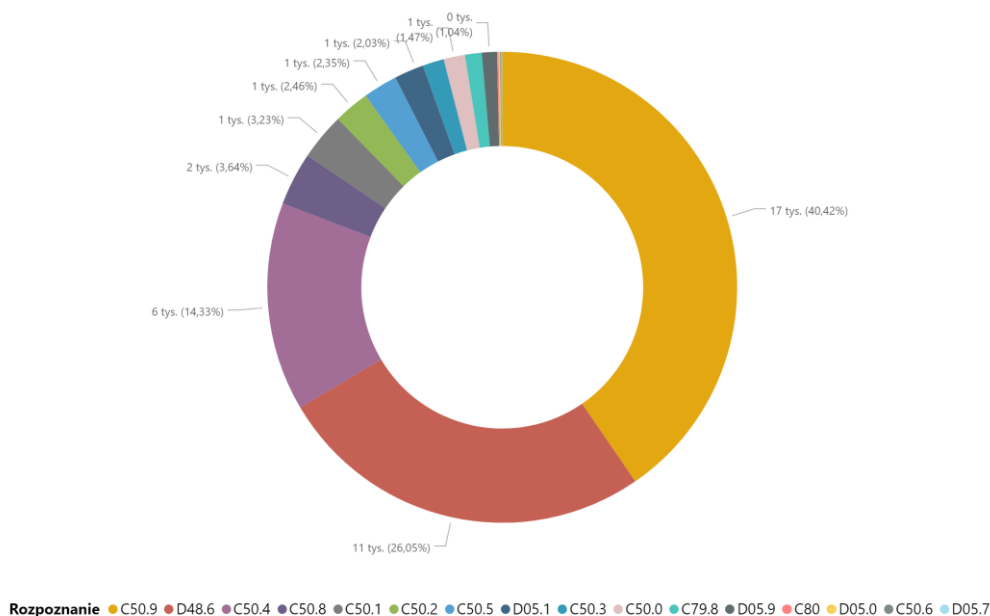
Wykres 1. Rozpoznania nowotworów piersi w ambulatoryjnych produktach diagnostycznych BCU w podziale na województwa w 2018 r.

W strukturze rozpoznań poddanych analizie zabiegowych produktów szpitalnych z obszaru BCU (łącznie 41 822 wystąpień dla unikalnych PESEL) w 2018 r. dominowały:

- C50.9 Nowotwór złośliwy (sutek, nieokreślony),
- D48.6 Nowotwór o nieokreślonym charakterze (sutek),
- C50.4 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna zewnętrzna sutka),

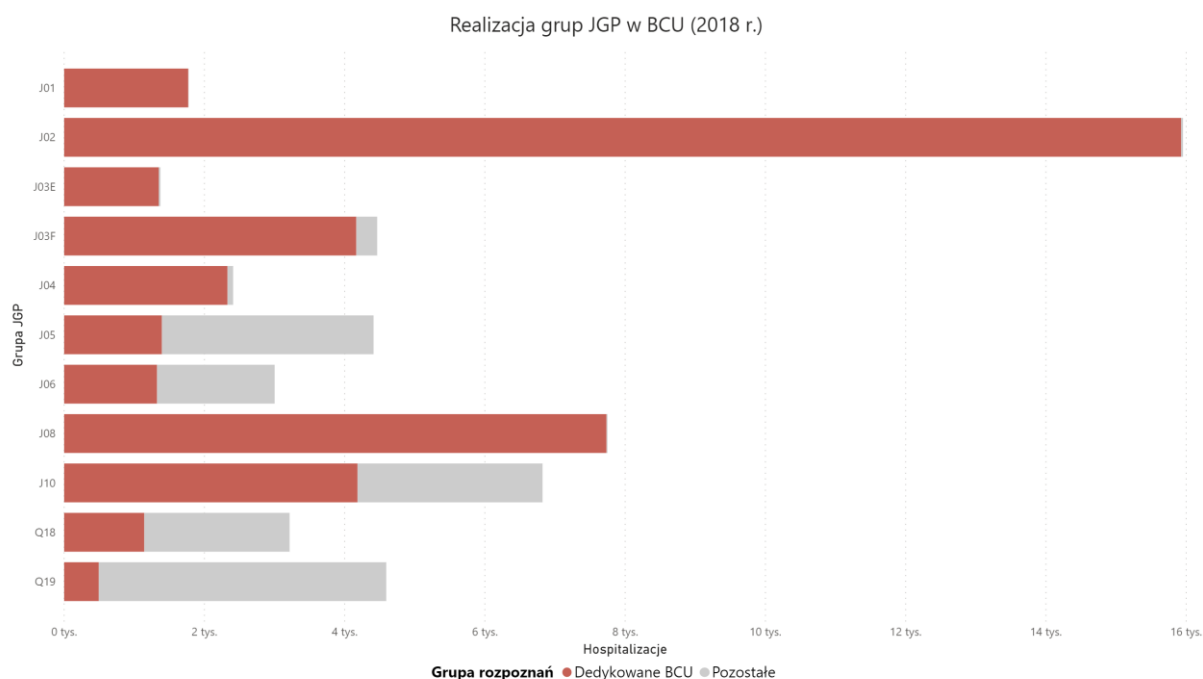
które stanowiły ponad 80% (ok. 34 000 wystąpień dla unikalnych PESEL) wszystkich sprawozdanych ICD-10.

Struktura rozpoznań ICD-10 dedykowanych BCU (2018 r.)



Wykres 2. Struktura rozpoznań nowotworów piersi w szpitalnych produktach zabiegowych BCU w 2018 r.

Rozpoznanie uwzględnione w BCU dominują w sprawozdawczości większości grup zabiegowych sekcji J katalogu JGP. W przypadku grup z sekcji Q – Q18 *Duże zabiegi na układzie limfatycznym* oraz Q19 *Średnie zabiegi na układzie limfatycznym* ich odsetek jest dużo niższy i wynosi 35% w JGP Q18 oraz 10% w JGP Q19.



Wykres 3. Udział rozpoznai uwzględnionych w BCU w poszczególnych JGP, w 2018 r.

Świadczenia zabiegowe BCU mogą być realizowane w wielu zakresach. Szczegółowe zestawienie ich realizacji w 2018 r. przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 6 Realizacja produktów rozliczeniowych dedykowanych BCU w 2018 r., w poszczególnych zakresach świadczeń

Grupa JGP Zakres świadczeń	Krotność
J01 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją *	1771
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA	27
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	177
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	57
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	11
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA - PAKIET ONKOLOGICZNY	40
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	88
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	1021
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	239
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA - PAKIET ONKOLOGICZNY	1
CHIRURGIA PLASTYCZNA - HOSPITALIZACJA	41
CHIRURGIA PLASTYCZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	3
CHIRURGIA PLASTYCZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	2
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA	3
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	47
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY - PAKIET ONKOLOGICZNY	4
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	2
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA - PAKIET ONKOLOGICZNY	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA (WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA)	1

Grupa JGP Zakres świadczeń	Krotność
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA(WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA) - PAKIET ONKOLOGICZNY	4
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	15929
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA	321
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	1273
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	451
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	41
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA - PAKIET ONKOLOGICZNY	155
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	917
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	10549
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	1897
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	1
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA - PAKIET ONKOLOGICZNY	3
CHIRURGIA PLASTYCZNA - HOSPITALIZACJA	1
CHIRURGIA PLASTYCZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	2
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA	12
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	85
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA (WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA)	4
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY	13
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - PAKIET ONKOLOGICZNY	47
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	43
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY - PAKIET ONKOLOGICZNY	36
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	7
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA - PAKIET ONKOLOGICZNY	13
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA (WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA)	2
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA(WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA) - PAKIET ONKOLOGICZNY	54
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA (WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA) - HOSPITALIZACJA ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	1
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.*	1349
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA	132
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	104
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	48
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	6
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA - PAKIET ONKOLOGICZNY	9
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	285
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	608
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	130
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	2
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	1
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY	6
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - PAKIET ONKOLOGICZNY	5
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	7
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY - PAKIET ONKOLOGICZNY	2
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA (WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA)	2

Grupa JGP Zakres świadczeń	Krotność
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA(WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA) - PAKIET ONKOLOGICZNY	1
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.*	4166
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA	692
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	104
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	66
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	65
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA - PAKIET ONKOLOGICZNY	5
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	2083
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	815
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	246
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	21
CHIRURGIA PLASTYCZNA - HOSPITALIZACJA	2
CHIRURGIA PLASTYCZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	1
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	4
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA	2
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY	23
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - PAKIET ONKOLOGICZNY	3
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	2
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY - PAKIET ONKOLOGICZNY	4
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	2
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA (WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA)	20
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA(WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA) - PAKIET ONKOLOGICZNY	4
J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi *	2330
CHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	1
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA	26
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	225
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	39
CHIRURGIA OGÓLNA - ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA	36
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	200
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	1270
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	45
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA	1
CHIRURGIA PLASTYCZNA - HOSPITALIZACJA	219
CHIRURGIA PLASTYCZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	103
CHIRURGIA PLASTYCZNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	132
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA	6
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	2
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	11
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA (WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA)	13
J05 Średnia chirurgia piersi *	1394
CHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	2

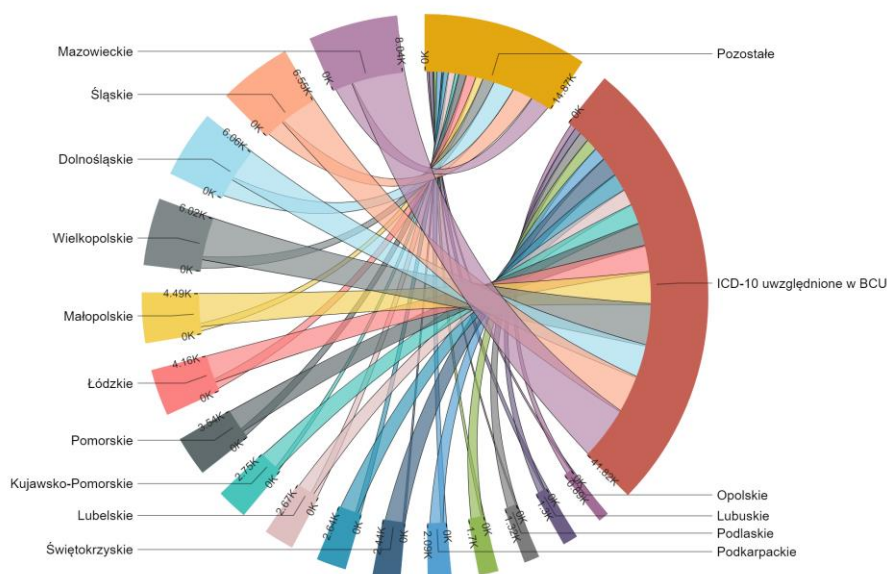
Grupa JGP Zakres świadczeń	Krotność
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA	269
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	26
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	11
CHIRURGIA OGÓLNA - ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA	59
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	777
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	133
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	4
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA	59
CHIRURGIA PLASTYCZNA - HOSPITALIZACJA	39
CHIRURGIA PLASTYCZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	11
GINEKOLOGIA - ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA	1
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY	1
J06 Mała chirurgia piersi *	1325
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA	269
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	51
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	6
CHIRURGIA OGÓLNA - ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA	5
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	436
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	485
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	2
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA	13
CHIRURGIA PLASTYCZNA - HOSPITALIZACJA	23
CHIRURGIA PLASTYCZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	4
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA	11
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY	7
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	6
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	5
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA (WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA)	1
J08 Choroby piersi złośliwe	7734
CHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	2
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA	283
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	273
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	2
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	595
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	775
CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA	1382
GERIATRIA - HOSPITALIZACJA	22
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	4
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	24
ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	4
ONKOLOGIA KLINICZNA - HOSPITALIZACJA	1486
ONKOLOGIA KLINICZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	2789
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA	31
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	3

Grupa JGP Zakres świadczeń	Krotność
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY	3
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	17
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY	3
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	35
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA (WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA)	1
J10 Biopsja mammotomiczna *	4184
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA	369
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	24
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	253
CHIRURGIA OGÓLNA - ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA	9
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	2361
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	330
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA	202
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA	173
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY	462
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	1
Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym *	1143
CHIRURGIA KŁATKI PIERSIOWEJ - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	1
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA	24
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	118
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	52
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	3
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA PLANOWA - PAKIET ONKOLOGICZNY	16
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	20
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	732
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	129
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA	9
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	1
OTORYNOLARYNGOLOGIA - HOSPITALIZACJA	2
OTORYNOLARYNGOLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	2
OTORYNOLARYNGOLOGIA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	2
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	6
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - PAKIET ONKOLOGICZNY	3
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	12
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA - PAKIET ONKOLOGICZNY	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA (WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA)	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA(WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA) - PAKIET ONKOLOGICZNY	6
Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym *	494
CHIRURGIA KŁATKI PIERSIOWEJ - HOSPITALIZACJA	1
CHIRURGIA KŁATKI PIERSIOWEJ - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	2
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA	10

Grupa JGP Zakres świadczeń	Krotność
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	52
CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	20
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	21
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	270
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	91
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA	13
OTORYNOLARYNGOLOGIA - HOSPITALIZACJA	2
OTORYNOLARYNGOLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	1
OTORYNOLARYNGOLOGIA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	4
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	2
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - PAKIET ONKOLOGICZNY	3
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA(WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA) - PAKIET ONKOLOGICZNY	1
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA (WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA) - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY	1

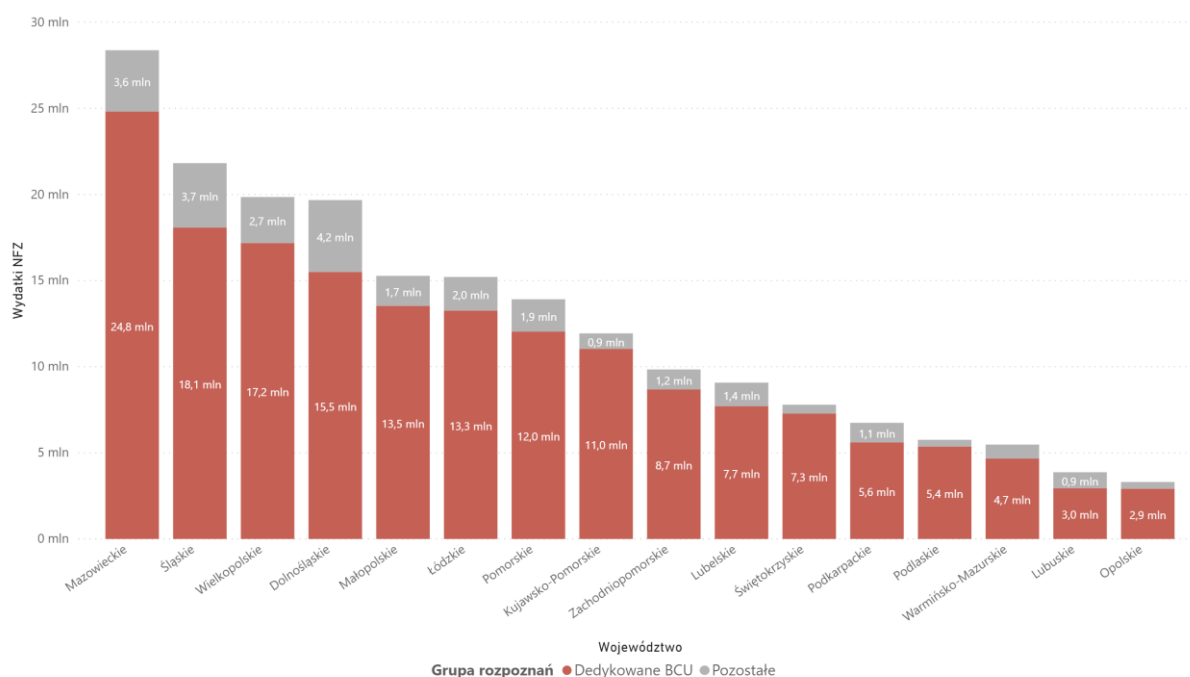
Analiza realizacji przedmiotowych świadczeń w ujęciu lokalnym wykazała, że w 2018 r. najwięcej rozpoznań nowotworów złośliwych piersi, powyżej 5 000, sprawozdano w województwach: mazowieckim – 8046, śląskim – 6552, dolnośląskim – 6058 i wielkopolskim – 6019, a najmniej, poniżej 2 000, w województwach: warmińsko-mazurskim – 1701, podlaskim – 1324, lubuskim – 1303 i opolskim – 889.

Rozbicie przyczyny leczenia pacjentów na poszczególne województwa (2018 r.)



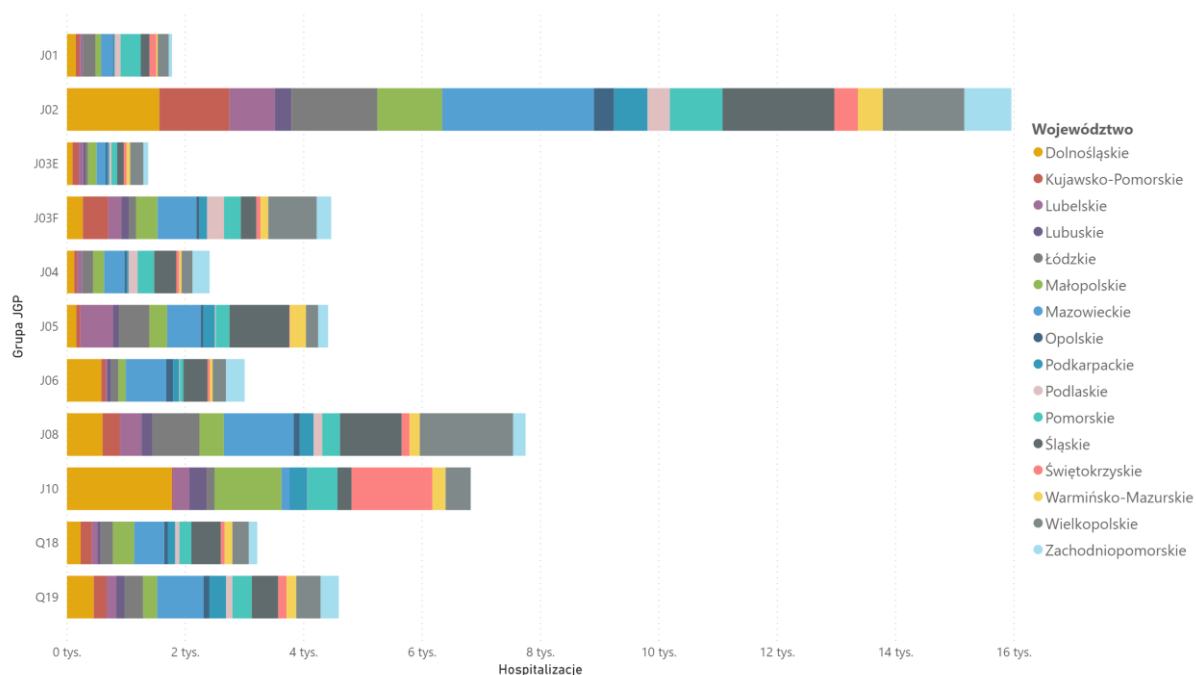
Wykres 4. Rozpoznania nowotworów piersi w produktach szpitalnych BCU w podziale na województwa w 2018 r.

Najwięcej na leczenie chorych wydatkowano w 2018 r. na Mazowszu – blisko 25 mln zł, najmniej w województwach lubuskim i opolskim – niecałe 3 mln zł. Strukturę wydatków Płatnika na zabiegowe leczenie szpitalne chorych z rozpoznaniem z obszaru funkcjonowania BCU w 2018 r. w poszczególnych województwach przedstawiono na wykresie 5.

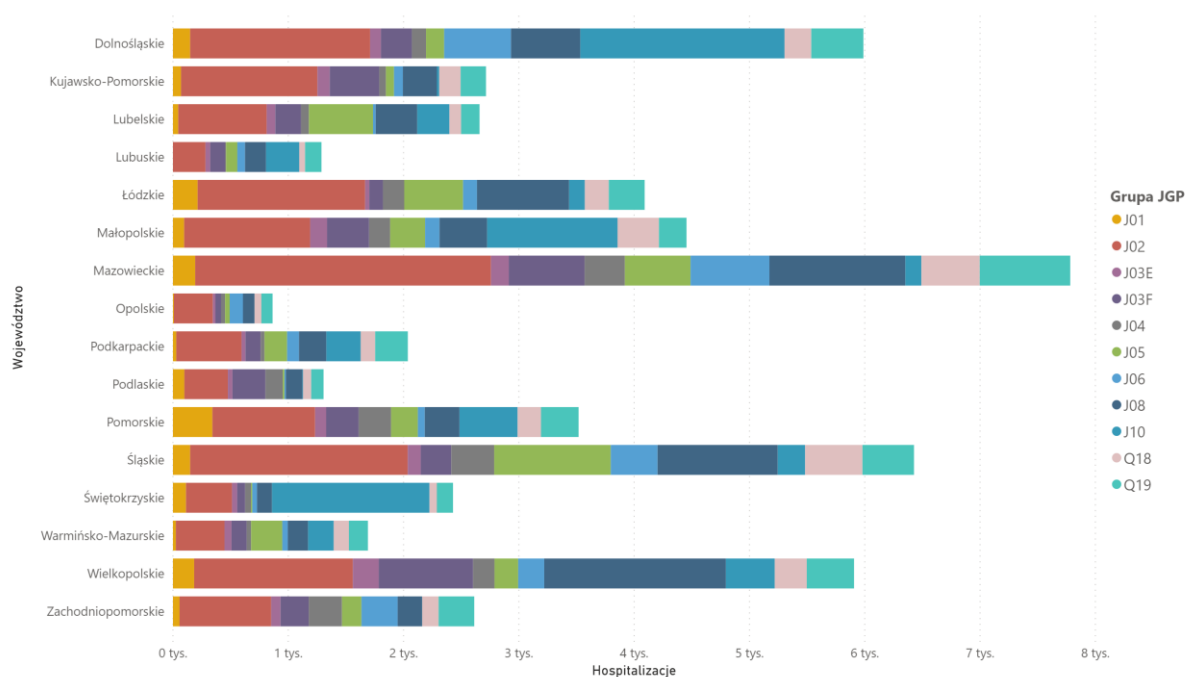


Wykres 5. Koszt realizacji JGP w podziale na rozpoznania uwzględnione w BCU wg. województwa w 2018 r.

Na poniższych wykresach przedstawiono strukturę realizacji analizowanych JGP w dwóch ujęciach, w poszczególnych województwach.



Wykres 6. Realizacja analizowanych JGP w poszczególnych województwach w 2018 r.



Wykres 7. Realizacja analizowanych JGP w poszczególnych województwach w 2018 r.

2.4. Stan finansowania w innych krajach

W celu porównania sposobu i poziomu finansowania taryfikowanych świadczeń z ich odpowiednikami w innych krajach, próbowano odnaleźć i zestawzić informacje o wycenach świadczeń dotyczącej modelu funkcjonowania BCU 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.

Nie odnaleziono wycen dedykowanych realizacji i funkcjonowaniu kompleksowej opieki nad pacjentami z rakiem piersi.

2.5. Cenniki komercyjne

Nie odnaleziono cen komercyjnych dedykowanych realizacji i funkcjonowaniu kompleksowej opieki nad pacjentami z rakiem piersi.

W przypadku braku kosztu niektórych procedur diagnostycznych w cennikach świadczeniodawców, w ramach prowadzonych analiz posłkowano się jedynie odnalezionymi cenami komercyjnymi pojedynczych procedur.

2.6. Uwagi do świadczenia

Podczas prac analitycznych, związanych z realizacją projektu ustalenia kosztów rzeczywistych w Instytutach (postępowanie 45.), przedstawiciele świadczeniodawców zwracali uwagę na następujące problemy w realizacji świadczeń z obszaru funkcjonowania BCU:

- nieuwzględnienie wysokich kosztów diagnostyki patomorfologicznej w taryfach świadczeń;

- nieuwzględnienie niektórych procedur diagnostycznych w wycenie pakietów diagnostyki onkologicznej;
- złą konstrukcję niektórych produktów szpitalnych;
- nieadekwatną wycenę niektórych produktów.

3. Projekt taryfy

3.1. Pozyskanie danych

W procesie taryfikacji świadczeń wykorzystano dane podmiotów realizujących świadczenia onkologiczne pozyskane w ramach postępowań:

- 33. - stała współpraca – Leczenie Szpitalne 2017 – dane finansowo-księgowe oraz kliniczno-kosztowe o poszczególnych hospitalizacjach za 2017 r.
- 38. – choroby nowotworowe z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – dane finansowo-księgowe za 2017 r.;
- 39. – chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii [HIPEC] – dane finansowo-księgowe za 2017 r.;
- 40. – choroby układu moczowo-płciowego z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – dane finansowo-księgowe za 2017 r.;
- 41. – choroby układu moczowo-płciowego, przeszczepy (L94, L97) – dane finansowo-księgowe za 2017 r.;
- 42. – świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w obszarze: choroby nowotworowe – dane finansowo-księgowe oraz kliniczno-kosztowe o poszczególnych hospitalizacjach za 2017 r.;
- 45. – „Ustalenie kosztów rzeczywistych i nowy model taryfikacji” – dane finansowo-księgowe oraz kliniczno-kosztowe o poszczególnych hospitalizacjach za 2017 r.;

W toku prowadzonych prac ustalono, że w dalszej analizie wykorzystane zostaną dane pozyskane wyłącznie od podmiotów, które w Podstawowym Systemie Zabezpieczenia (PSZ) sklasyfikowane są jako pulmonologiczne, onkologiczne lub ogólnopolskie i prowadzą leczenie onkologiczne w sposób kompleksowy, tj. takich, którzy realizują świadczenia opieki zdrowotnej określone w lp. 48 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego, lp. 25 i 26 załącznika nr 5 do rozporządzenia ambulatoryjnego oraz lp. 4 załącznika nr 5 do rozporządzenia rehabilitacyjnego⁴. Uzasadnieniem takiego wyboru próby jest specjalistyczny charakter i szeroki zakres czynności diagnostyczno-terapeutycznych prowadzonych u chorych z rakiem piersi.

W ramach wyżej wymienionych postępowań wykorzystano dane od 28 świadczeniodawców dla 42 OPK będących oddziałami szpitalnymi właściwymi dla realizacji świadczeń w zakresie opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem złośliwym piersi. Jednocześnie należy zaznaczyć, że dane kliniczno-kosztowe wykorzystane do kalkulacji kosztów zostały pozyskane w ramach postępowań nr 33, 42 i 45.

W ramach postępowania nr:

- 33 - wykorzystano dane finansowo-księgowe przekazane przez 9 świadczeniodawców dotyczące 13 OPK (oddział) oraz szczegółowe dane kliniczno-kosztowe obejmujące 670 hospitalizacji;

⁴ Załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 128/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

- 42 - wykorzystano dane finansowo-księgowe przekazane przez 17 świadczeniodawców dotyczące 22 OPK (oddział) oraz szczegółowe dane kliniczno-kosztowe obejmujące 469 hospitalizacji;
- 45 - wykorzystano dane finansowo-księgowe przekazane przez 4 świadczeniodawców dotyczące 9 OPK (oddział) oraz szczegółowe dane kliniczno-kosztowe obejmujące 355 hospitalizacji.

Zestawienie wielkości próby i lista OPK, z których dane finansowo-księgowe zostały uwzględnione w analizie, przedstawiają tabele poniżej.

Tabela 7 Zestawienie świadczeniodawców i OPK uwzględnionych w analizie na podstawie danych przekazanych w postępowaniu nr 42

Lp.	OPK	Świadczeniodawca	Grupy JGP	Wielkość próby
1.	ODDZIAŁ GINEKOLOGII I ONKOLOGII	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIwersYTECKI W KRAKOWIE UL. KOPERNIKA 36, 31-501 KRAKÓW	J01, J02, J03E, J03F, J04, J06, Q18, Q19	469
2.	ODDZIAŁ CHIRURGII ENDOSKOPOWEJ, METABOLICZNEJ I NOWOTWORÓW TKANEK MIĘKKICH	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIwersYTECKI W KRAKOWIE UL. KOPERNIKA 36, 31-501 KRAKÓW		
3.	ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ I GASTROENTEROLOGICZNEJ	SP ZOZ SZPITAL UNIwersYTECKI WKRAKOWIE UL. KOPERNIKA 36, 31-501 KRAKÓW		
4.	ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. LUDWIKA RYDYGIERA W KRAKOWIE SP. Z O.O. OS. ZŁOTEJ JESIENI NR 1, 31-826 KRAKÓW		
5.	ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. ŚW. ŁUKASZA SP ZOZ W TARNOWIE UL. LWOWSKA 178A, 33-100 TARNÓW		
6.	ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ Z PODODZIAŁEM CHOROÓB PIERSI	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. TADEUSZA KOSZAROWSKIEGO W OPOLU UL. KATOWICKA 66A, 45-060 OPOLE		
7.	ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ Z PODODZIAŁEM CHIRURGII PIERSI I REKONSTRUKCJI	BIĄŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. M. SKŁODOWSKIEJ-CURIE W BIĄŁYMSTOKU UL. OGRODOWA 12, 15-027 BIĄŁYSTOK		
8.	ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ, NACZYNIOWEJ I TRANSPLANTACYJNEJ	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. ANDRZEJA MIEŁĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH UL. FRANCUSKA 20 - 24, 40-027 KATOWICE		
9.	ODDZIAŁ CHIRURGII I UROLOGII	GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA DZIECKA IM. ŚW. JANA PAWŁA II SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 6 ŚLĄSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH UL. MEDYKÓW 16, 40-752 KATOWICE		
10.	ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ	ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KIELCACH UL. ARTWIŃSKIEGO 3, 25-734 KIELCE		
11.	ODDZIAŁ KLINICZNY CHIRURGII OGÓLNEJ	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII W OLSZTYNIE AL. WOJSKA POLSKIEGO 37, 10-228 OLSZTYN		
12.	ODDZIAŁ KLINICZNY CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII W OLSZTYNIE AL. WOJSKA POLSKIEGO 37, 10-228 OLSZTYN		

Lp.	OPK	Świadczeniodawca	Grupy JGP	Wielkość próby
13.	ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ	ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII UL. STRZAŁOWSKA 22, 71-730 SZCZECIN		
14.	ODDZIAŁ KLINICZNY NOWOTWORÓW PIERSI I CHIRURGII REKONSTRUKCYJNEJ	CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA W BYDGOSZCZY UL. DR J. ROMANOWSKIEJ 2, 85-796 BYDGOSZCZ		
15.	ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ I	DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU UL. PL. HIRSZFELDA 12, 53-413 WROCŁAW		
16.	ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOL. II	DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU UL. PL. HIRSZFELDA 12, 53-413 WROCŁAW		
17.	BREAST UNIT- ODDZIAŁ CHIRURGII PIERSI	DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU UL. PL. HIRSZFELDA 12, 53-413 WROCŁAW		
18.	ODDZIAŁ CHIRURGII PLASTYCZNEJ	SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE S.A. UL. JANA PAWŁA II 2, 57-320 POLANICA-ZDRÓJ		
19.	ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ	SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO W WAŁBRZYCHU UL. SOKOŁOWSKIEGO 4, 58-309 WAŁBRZYCH		
20.	ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W LEGNICY UL. IWASZKIEWICZA 5, 59-220 LEGNICA		
21.	ODDZIAŁ CHIRURGII KLINIKI ONKOLOGICZNEJ WAWELSKA	NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY UL. WAWELSKA 15B, 02-034 WARSZAWA		
22.	ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ	KRAJOWA FUNDACJA MEDYCZNA UL. ŁABISZYŃSKA 25, 03-204 WARSZAWA		

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 8 Zestawienie świadczeniodawców i OPK uwzględnionych w analizie na podstawie danych przekazanych w postępowaniu nr 45

Lp.	OPK	Nazwa świadczeniobiorcy	Grupy JGP	Wielkość próby
1.	KLINIKA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ I CHOROŃ PIERSI	INSTYTUT CENTRUM ZDROWIA MATKI POLKI W ŁODZI	J01, J02; J03E; J03F; J04, J05, J06; J08; J10; Q18; Q19	355
2.	KLINIKA NOWOTWORÓW PIERSI I CHIRURGII REKONSTRUKCYJNEJ	NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY W WARSZAWIE		
3.	ODDZIAŁ CHIRURGII KLINIKI ONKOLOGICZNEJ WAWELSKA	NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY W WARSZAWIE		
4.	KLINIKA GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ	NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY W WARSZAWIE		
5.	ODDZIAŁ DIAGNOSTYKI ONKOLOGICZNEJ I KARDIOONKOLOGII	NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY W WARSZAWIE		
6.	ODDZIAŁ ONKOLOGII KLINIKI ONKOLOGII I RADIOTERAPII WAWELSKA	NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY W WARSZAWIE		
7.	ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ	NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY ODDZIAŁ W KRAKOWIE		
8.	ODDZIAŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA POPOŁUDNIOWEJ	NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY ODDZIAŁ W KRAKOWIE		
9.	KLINIKA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ I REKONSTRUKCYJNEJ	NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY ODDZIAŁ W GLIWICACH		

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 9 Zestawienie świadczeniodawców i OPK uwzględnionych w analizie na podstawie danych przekazanych w postępowaniu nr 33

Lp.	OPK	Nazwa świadczeniobiorcy	Grupy JGP	Wielkość próby
1.	KLINICZNY ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY	4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SP ZOZ WE WROCŁAWIU	J01, J04, J05, J06, J10	670
2.	KLINICZNY ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ	4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SP ZOZ WE WROCŁAWIU		
3.	KLINICZNY ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ	4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SP ZOZ WE WROCŁAWIU		
4.	ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ I GASTROENTEROLOGII	SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĘBORKU		
5.	KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ I TRANSPLANT.	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM W SZCZECINIE		
6.	ODDZ. CHIRURGII OGÓLNEJ, NACZYŃ, ANGIOLOGII I FLEBOLOGII	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 7 ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE IM. PROF. LESZKA GIECA		
7.	ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W KOŚCIERZYNI SP Z O.O.		
8.	KLINIKA CHIRURGII PLASTYCZNEJ	SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1 IM. DR A. JURASZA W BYDGOSZCZY		
9.	ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ Z PODODDZIAŁEM UROLOGICZNYM	SZPITAL W SZCZECINKU SP. Z O.O.		
10.	ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ	SZPITAL ZAKONU BONIFRATRÓW W KATOWICACH SP. Z O.O.		
11.	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNY	SZPITAL ZAKONU BONIFRATRÓW W KATOWICACH SP. Z O.O.		
12.	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W LESZNIE		
13.	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W LESZNIE		

Źródło: Opracowanie własne

Ostateczna próba danych, ze wszystkich źródeł, uwzględniona w analizie została przedstawiona w poniższej tabeli.

Tabela 10 Liczność próby i realizacja produktów rozliczeniowych uwzględnionych w analizie

Rodzaj danych	J01	J02	J03E	J03F	J04	J05	J06	J08	J10	Q18	Q19
Liczba świadczeniodawców, których dane włączono do analizy	14	19	15	17	24	9	9	1	3	14	9
Liczba świadczeniodawców realizujących taryfikowane świadczenia w 2017 roku	62	189	108	129	79	208	187	429	75	154	166
[%] świadczeniodawców, których dane włączono do analizy	22,58%	10,05%	13,89%	13,18%	30,38%	4,33%	4,81%	0,23%	4,00%	9,09%	5,42%
Liczba świadczeń włączonych do analizy	112	239	76	107	188	108	71	28	478	60	27
Liczba świadczeń zrealizowanych w 2017 roku	1450	15540	627	2105	2078	2161	1596	7503	6257	1327	1064

Rodzaj danych	J01	J02	J03E	J03F	J04	J05	J06	J08	J10	Q18	Q19
[%] świadczeń włączonych do analizy	7,72%	1,54%	12,12%	5,08%	9,05%	5,00%	4,45%	0,37%	7,64%	4,52%	2,54%

Źródło: Opracowanie własne

Należy podkreślić fakt, że 28 wybranych podmiotów, które wykorzystano do przeprowadzonych analiz z obszaru BCU, stanowi zaledwie 4,7% realizujących przedmiotowe świadczenia, jednak w ujęciu ilościowym i kosztowym świadczenia przez nie realizowane w 2018 roku stanowiły ponad 40% wykonania w skali całego kraju, co zostało przedstawione w poniższej tabeli.

Tabela 11 Porównanie potencjału podmiotów będących podstawą analiz

Podmioty		Realizacja świadczeń w 2017 r.	Łączna wartość świadczeń 2017	Realizacja świadczeń w 2018 r.	Łączna wartość świadczeń 2018
(n)		(n)	(PLN)	(n)	(PLN)
Wybrane do analizy	28	25 188 (42%)	74 129 702 (43%)	29 299 (43%)	87 121 389 (43%)
Pozostałe	596	35 964 (58%)	100 259 757 (57%)	39 000 (57%)	116 006 477 (57%)
Łącznie	624	61 152 (100%)	174 389 460 (100%)	68 299 (100%)	203 127 866 (100%)

3.2. Analiza danych

Analiza produktów rozliczeniowych z modułu leczenia

Z uwagi na zróżnicowanie źródeł danych wykorzystanych do kalkulacji projektu taryf koszty analizowano w podziale na koszty stałe oraz koszty zmienne, które następnie zestawiono i przeważono według liczności próby.

Koszty stałe

Zarówno koszt infrastruktury bloku operacyjnego przypadający na 1 godzinę, koszt 1 godziny pracy personelu jak i koszt osobodnia obliczono na podstawie danych finansowo-księgowych, odrębnie dla każdego świadczeniodawcy, w ramach poszczególnych OPK, przyjmując następujące założenia:

- W analizach finansowo-księgowych przyjęto zoptymalizowane obłożenie oddziałów na poziomie minimum 74% oraz optymalne wykorzystanie bloku operacyjnego;
- w analizie nie uwzględniono OPK, w których koszt osobodnia, po odcięciu metodą boxsplot, przekroczył wartości odstające/skrajne; dla hospitalizacji w ramach tych OPK, jako koszt osobodnia przyjęto medianę kosztów osobodni z pozostałych OPK;
- w analizie nie uwzględniono OPK, w których koszt osobowy 1 godziny pracy lekarza, po odcięciu metodą boxsplot, przekroczył wartości odstające/skrajne; dla hospitalizacji w ramach tych OPK, jako koszt 1 godziny pracy lekarza przyjęto medianę tych kosztów z pozostałych OPK,
- w analizie nie uwzględniono OPK, w których koszt infrastruktury Bloku Operacyjnego na 1 godzinę pracy, po odcięciu metodą boxsplot, przekroczył wartości odstające/skrajne; dla hospitalizacji, w których wykazane były powyższe wartości, jako koszt przyjęto medianę kosztów infrastruktury Bloku Operacyjnego w ramach pozostałych OPK.

Koszty zmienne

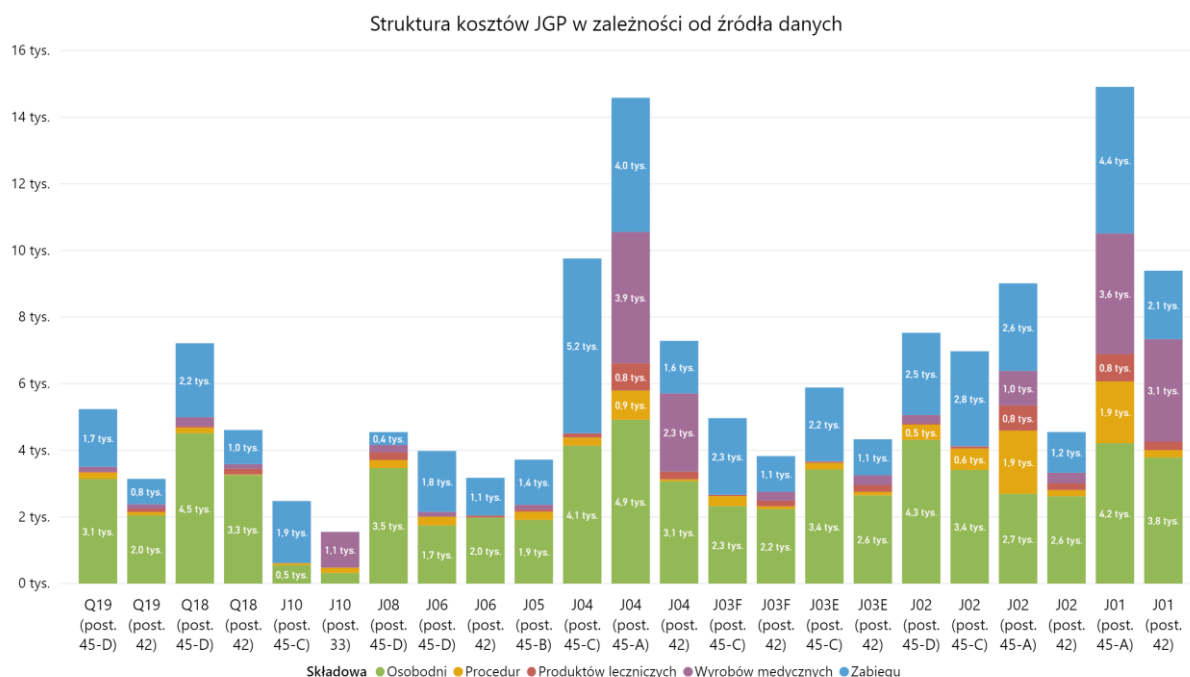
Koszty procedur, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych oszacowano na podstawie szczegółowych danych kliniczno-kosztowych, przekazanych przez świadczeniodawców, odrębnie dla każdej hospitalizacji. Zostały one uśrednione w ramach poszczególnych JGP. W kosztach całkowitych nie uwzględniono kosztów diagnostyki patomorfologicznej oraz genetycznej, ze względu na to, że wskazane procedury diagnostyczne są lub będą finansowane w ramach odrębnych produktów rozliczeniowych.

Tabela i wykres poniżej przedstawiają strukturę kosztów w ramach poszczególnych JGP, wyliczonych na podstawie danych pozyskanych w ramach postępowania 33., 42. i 45.

Tabela 12 Koszty dotyczące poszczególnych JGP, pozyskane w ramach postępowania 33., 42. i 45. (wartości uśrednione)

Źródło danych	Nazwa JGP	Wielkość próby	Średnia długość pobytu	Średni koszt na grupę							
				Koszt zabiegu	Koszt badań histopatolog.	Koszt badań genetycznych	Koszt procedur	Koszt prod. leczniczych	Koszt wyrobów medycznych	Koszt hospitalizacji	Koszt całkowity (bez b. histopatologicznych i genetycznych)
Postępowanie 42	J01 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją *	78	5,17	2057,04	255,90	-	221,58	255,41	3073,71	3786,44	9394,18
Postępowanie 45-A		34	4,76	4401,72	1895,98	36,00	1850,82	820,32	3621,20	4218,84	14912,90
Postępowanie 42	J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	96	3,60	1223,28	122,60	26,38	187,63	202,11	315,26	2621,97	4550,26
Postępowanie 45-C		45	3,93	2848,92	2071,34	349,12	641,78	56,42	16,36	3412,01	6975,49
Postępowanie 45-D		30	4,79	2467,88	902,60	37,12	459,08	28,39	258,99	4314,71	7529,05
Postępowanie 45-A		68	3,04	2630,94	1648,04	-	1896,34	758,94	1033,13	2695,37	9014,73
Postępowanie 42	J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. *	66	3,64	1079,53	94,77	-	104,86	201,65	296,61	2649,68	4332,32
Postępowanie 45-C		10	4,00	2217,70	1229,82	-	199,84	31,98	11,57	3425,88	5886,97
Postępowanie 42	J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. *	86	3,16	1072,17	104,39	29,45	80,60	168,12	267,00	2240,02	3827,92
Postępowanie 45-C		21	3,59	2300,26	1020,72	61,48	300,76	36,80	1,72	2326,48	4966,02
Postępowanie 42	J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi *	88	4,40	1577,82	21,59	-	60,37	229,30	2347,86	3071,44	7286,78
Postępowanie 45-C		10	5,10	5249,82	63,52	-	243,33	121,95	5,22	4139,60	9759,92
Postępowanie 45-A		18	5,56	4030,61	109,51	-	875,60	820,35	3939,55	4919,09	14585,20
Postępowanie 45-B	J05 Średnia chirurgia piersi *	20	3,12	1351,17	33,50	-	244,67	63,64	149,18	1911,81	3720,47
Postępowanie 42	J06 Mała chirurgia piersi *	6	2,50	1133,02	-	-	-	58,88	0,99	1983,31	3176,21
Postępowanie 45-D		23	1,96	1826,72	537,44	23,53	262,98	11,07	136,11	1743,24	3980,12
Postępowanie 45-D	J08 Choroby piersi złośliwe	28	3,38	386,70	197,25	-	240,21	226,49	226,67	3468,01	4548,08
Postępowanie 33	J10 Biopsja mammotomiczna *	468	1,02	2,93	27,52	-	160,73	3,88	1067,82	316,98	1552,34
Postępowanie 45-C		10	1,00	1863,46	626,52	0,00	65,81	0,34	0,00	548,79	2478,40
Postępowanie 42		39	4,62	1023,67	109,85	-	16,58	168,94	139,33	3260,95	4609,47

Źródło danych	Nazwa JGP	Wielkość próby	Średnia długość pobytu	Średni koszt na grupę							
				Koszt zabiegu	Koszt badań histopatolog.	Koszt badań genetycznych	Koszt procedur	Koszt prod. leczniczych	Koszt wyrobów medycznych	Koszt hospitalizacji	Koszt całkowity (bez b. histopatologicznych i genetycznych)
Postępowanie 45-D	Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym *	21	4,88	2217,10	333,68	-	168,82	47,06	269,37	4513,07	7215,41
Postępowanie 42	Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym *	10	2,80	762,44	116,26	-	102,62	96,64	136,06	2045,88	3143,65
Postępowanie 45-D	Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym *	17	3,10	1734,49	563,63	-	194,29	20,91	148,32	3140,39	5238,39



Wykres 8. Dane dotyczące poszczególnych JGP, pozyskane w ramach postępowania 42 i 45 (wartości uśrednione)

Analiza grup J01 i J04

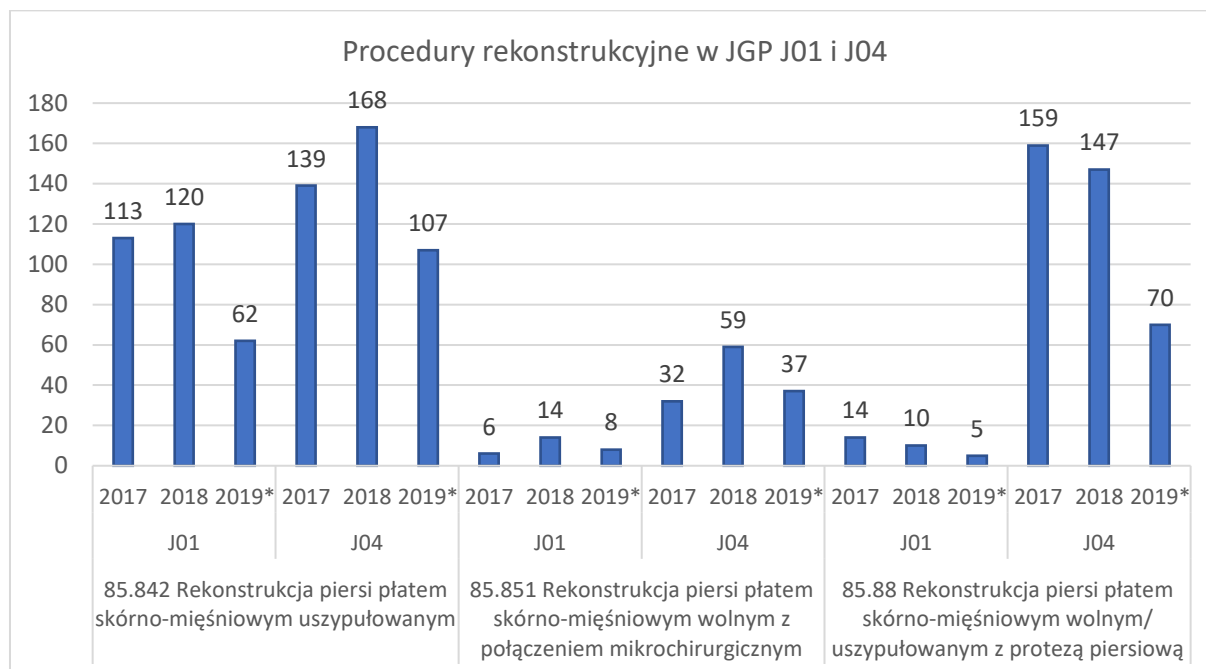
Analizy przeprowadzone w postępowaniu 45. – *Ustalenie kosztów rzeczywistych i nowy model taryfikacji* (wycena JGP w Instytutach, 2017 r.) jednoznacznie wskazywały na znaczące różnice rzeczywistych kosztów procesów diagnostyczno-terapeutycznych w zależności od metody wykonania zabiegu (rekonstrukcja tkanką własną vs implantacja endoprotezy) w JGP J01 *Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją* i J04 *Zabiegi rekonstrukcyjne piersi*. W przypadku wykonania podczas zabiegu jednej z procedur: 85.842 *Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym uszypułowanym*, 85.851 *Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym z połączeniem* lub 85.88 *Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym/ uszypułowanym z protezą piersiową*, koszt pełnej hospitalizacji pacjenta był znacząco wyższy niż w przypadku hospitalizacji sprawozdanych z pozostałymi procedurami zabiegowymi.

Według eksperta klinicznego rekonstrukcja tkankami własnymi to korzystniejsze, a czasem jedyne rozwiązanie dla pacjentek, które:

- przeszły radioterapię,
- mają dużą pierś zdrową,
- mają powikłania po operacjach z użyciem materiałów sztucznych.

Pierś zrekonstruowana tkanką własną z podbrzusza w długoletniej obserwacji zachowuje się naturalnie, tzn. ma naturalną ptozę (czyli opadanie), wraz z pacjentką zmienia swoją wagę i objętość (w zależności czy pacjentka schudła czy przytyła). Nie wymaga też wymiany, co w przypadku implantów z tworzyw sztucznych jest niekiedy konieczne. Z powodu dłuższej hospitalizacji oraz zastosowanej techniki operacyjnej jest metodą znacznie trudniejszą i droższą, ale dla niektórych kobiet jest jedynym rozwiązaniem umożliwiającym rekonstrukcję piersi. Zabieg jest wykonywany w nielicznych ośrodkach w Polsce, ze względu na konieczność posiadania wykwalifikowanego zespołu mikrochirurgicznego.

Dane sprawozdawcze za 2017, 2018 i I poł. 2019 r. jednoznacznie wskazują, że istnieje tendencja wzrostowa realizacji procedur rekonstrukcyjnych (patrz tabela poniżej).



Wykres 9. Porównanie realizacji procedur rekonstrukcyjnych w JGP J01 i J04 (* dane dotyczą I połowy 2019 r.)

W zależności od metody wykonania zabiegu (rekonstrukcja tkanką własną lub poprzez implantację endoprotezy) analizowane grupy różniły się zarówno długością hospitalizacji jak i czasem zabiegu. Różnice były widoczne zarówno w danych z postępowania 45., jak i 33. W przypadku danych pozyskanych w ramach stałej współpracy, przeprowadzenie analizy było możliwe jedynie dla grupy J04 (brak w sprawozdawczości kodów wskazujących na rekonstrukcję tkanką własną w JGP J01). Wyniki analiz przedstawiają się następująco:

Tabela 13 Średnie czasy hospitalizacji i zabiegu dla grupy J01 w danych z postępowania 45.

JGP	Pacjenci	Średnia długość hospitalizacji	Średni czas zabiegu	Min. czas zabiegu	Max. czas zabiegu
	(n)	(dni)	(h:mm)	(h:mm)	(h:mm)
J01 - Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją *	34	4,76	03:40	02:00	09:15
Podział ze względu na metodę zabiegu					
J01A Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją (proteza/ekspander)	27	3,85	03:02	02:00	04:15
J01B Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją (tkanka własna)	7	8,29	06:10	03:10	09:15

Tabela 14 Średnie czasy hospitalizacji i zabiegu dla grupy J04 w danych z postępowania 45.

JGP	Pacjenci	Średnia długość hospitalizacji	Średni czas zabiegu	Min. czas zabiegu	Max. czas zabiegu
	(n)	(dni)	(h:mm)	(h:mm)	(h:mm)
J04 - Zabiegi rekonstrukcyjne piersi *	18	5,56	03:25	01:05	09:10

JGP	Pacjenci	Średnia długość hospitalizacji	Średni czas zabiegu	Min. czas zabiegu	Max. czas zabiegu
	(n)	(dni)	(h:mm)	(h:mm)	(h:mm)
Podział ze względu na metodę zabiegu					
J04 - Zabiegi rekonstrukcyjne piersi * (proteza/ekspander)	12	2,92	02:05	01:05	03:00
J04 - Zabiegi rekonstrukcyjne piersi * (tkanka własna)	6	10,83	06:06	03:40	09:10

Tabela 15 Średnie czasy hospitalizacji i zabiegu dla grupy J04 danych pozyskanych w ramach stałej współpracy

JGP	Pacjenci	Średnia długość hospitalizacji	Średni czas zabiegu	Min. czas zabiegu	Max. czas zabiegu
	(n)	(dni)	(h:mm)	(h:mm)	(h:mm)
J04 - Zabiegi rekonstrukcyjne piersi *	56	4	01:55	00:30	05:03
Podział ze względu na metodę zabiegu					
J04 - Zabiegi rekonstrukcyjne piersi * (proteza/ekspander)	40	3,3	01:35	00:30	04:30
J04 - Zabiegi rekonstrukcyjne piersi * (tkanka własna)	16	5,75	02:43	00:30	05:03

Porównując wyniki analiz zawartych w powyższych tabelach należy zwrócić uwagę na istotne rozbieżności w średnim czasie zabiegu w grupie J04 pomiędzy świadczeniodawcami. Sugeruje to różnice w interpretacji sposobu wykonania zabiegu poprzez rekonstrukcję tkanką własną bez lub z użyciem ekspandera. Kryteria sprawozdawczości opierające się na aktualnej klasyfikacji procedur ICD-9 nie pozwalają na uzyskanie precyzyjnej informacji, która z czynności podczas zabiegu (rekonstrukcja dużym płatem skórno-mięśniowym czy implantacja endoprotezy) była wiodąca i najbardziej czasochłonna. Czasy zabiegu analizowane w ramach postępowania 45. sugerują wykonanie skomplikowanej operacji, gdzie nadrzędną czynnością była rekonstrukcja piersi przede wszystkim tkanką własną, natomiast dane pozyskane w ramach współpracy bieżącej mogą wskazywać na mniejsze rekonstrukcje, w których wiodącym celem było zastosowanie ekspandera.

W przypadku danych pozyskanych w ramach stałej współpracy, przeprowadzona analiza dotycząca wykorzystanych wyrobów medycznych wskazuje, że przy 2 zabiegach zakodowanych procedurą: 85.88 *Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym/ uszypułowanym z protezą piersiową* oraz w 9 zabiegach zakodowanych procedurą: 85.842 *Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym uszypułowanym*, sugerujących rekonstrukcję tkanką własną, został użyty ekspander.

Powyższe wskazuje na konieczność dalszych analiz oraz prac koncepcyjnych, dotyczących ewentualnych modyfikacji w klasyfikacji procedur ICD-9. Do czasu wprowadzenia dodatkowych warunków w charakterystyce wskazanych wyżej grup (co wg NFZ nie jest obecnie możliwe) podział wskazanych grup powinien dotyczyć jedynie jednostek zakwalifikowanych do BCU.

Na podstawie powyższych danych pochodzących z postępowania nr 45. powzięto próbę wyprowadzenia współczynnika różnicującego metodę wykonania zabiegu, biorąc pod uwagę stosunek kosztów zabiegu z rekonstrukcją tkanką własną do kosztów zabiegu z wykorzystaniem ekspandera, jak również analogiczny stosunek z uwzględnieniem całkowitych kosztów hospitalizacji.

Wyniki analiz przedstawiają się następująco:

Tabela 16 Wartości współczynników kosztowych w zależności od metody wykonania zabiegu

JGP	Pacjenci (n)	Średnia długość hospitalizacji (dni)	Średni koszt zabiegu (PLN)	Koszt całkowity (PLN)	Współczynnik kosztowy zabiegu	Współczynnik kosztowy całkowity
J01A Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją * (proteza/ekspander)	27	3,85	3 300	12 556	2,42	1,78
J01B Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją * (tkanka własna)	7	8,29	7 981	22 345		
J04 - Zabiegi rekonstrukcyjne piersi * (proteza/ekspander)	12	2,92	2 203	9 551	3,31	2,44
J04 - Zabiegi rekonstrukcyjne piersi * (tkanka własna)	6	10,83	7 286	23 271		

Analiza produktów rozliczeniowych z modułu diagnostyka nowotworu piersi

Analizę procedur medycznych wykonywanych w diagnostyce chorób nowotworowych piersi oparto o dane sprawozdane przez świadczeniodawców do Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące diagnostycznych pakietów onkologicznych zrealizowanych w 2017 i 2018 r. oraz badania wyszczególnione w standardzie postępowania diagnostycznego i leczniczego w poszczególnych stopniach zaawansowania raka piersi, który stanowi Standardową Procedurę Operacyjną (SOP), jaką świadczeniodawcy zobowiązani są przygotować w zakresie akredytacji Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego (SIS).

Ceny procedur medycznych na potrzeby przedmiotowej analizy ustalono na podstawie następujących źródeł:

- aktualnie obowiązujących zarządzeń Prezesa NFZ,
- cenników procedur medycznych (plików CP) przekazanych AOTMiT w postępowaniu nr 38. (dane za 2017 r. od 17 świadczeniodawców),
- cenników komercyjnych publikowanych na stronach internetowych świadczeniodawców,
- cenników komercyjnych publikowanych na stronach firm świadczących usługi diagnostyki laboratoryjnej,
- cenników procedur medycznych przekazanych Agencji w ramach stałej współpracy (dane za 2017 r.).

W celu ustalenia cen poszczególnych procedur medycznych do dalszej analizy w pierwszej kolejności uwzględniano aktualnie obowiązującą cenę procedury określoną w odpowiednich zarządzeniach Prezesa NFZ. W przypadku procedury, której cena nie została określona w zarządzeniach Prezesa NFZ a koszt jej jest podobny do procedury wycenionej przez Płatnika przyjęto cenę z zarządzenia, przykładowo procedura 44.14 *Endoskopowa biopsja żołądka* została wyceniona jak badanie 44.162 *Gastroskopia diagnostyczna z biopsją*. Dla pozostałych badań ceny zostały ustalone na podstawie cenników z postępowania nr 38 – w celu określenia ceny procedury najpierw wyliczono średnią cenę procedury dla świadczeniodawcy a następnie średnią z tak uzyskanych cen od poszczególnych podmiotów. Brakujące ceny analizowanych procedur uzupełniono średnimi cenami komercyjnymi (z odnalezionych cenników świadczeniodawców wykonujących diagnostykę onkologiczną, a w przypadku badań laboratoryjnych – również dużych podwykonawców specjalizujących się w tej

dziedzinie) oraz średnimi cenami ze współpracy bieżącej dla poszczególnych badań. Opracowany w ten sposób cennik procedur medycznych został użyty do dalszej analizy pakietów diagnostycznych.

W pakietach uwzględniono konsultację specjalistyczną. Biopsja gruboigłowa oraz mammotomiczna, PET i MR piersi nie zostały uwzględnione, ponieważ ich finansowanie odbywa się na zasadach dosumowania do świadczenia podstawowego. Badania kosztochłonne z zakresu tomografii komputerowej oraz scyntygrafii uwzględniono w ramach diagnostyki pogłębionej z częstością 20% przypadków. Koszty poszczególnych procedur medycznych zostały ustalone na podstawie obowiązujących zarządzeń Prezesa NFZ, cenników przekazanych przez świadczeniodawców w postępowaniu 38., cenników pozyskanych od szpitali w ramach tzw. współpracy bieżącej oraz cen komercyjnych publikowanych na stronach internetowych świadczeniodawców i firm świadczących usługi diagnostyki laboratoryjnej.

Wyliczono koszt wykonanych na pacjenta procedur i uśredniono wynik w obrębie pakietu.

Tabela 17 Składowe kosztowe diagnostyki wstępnej i pogłębionej nowotworów piersi

Nazwa pakietu	Nazwa badania	Stopień 0 (TisN0M0)	Stopień I (T1N0M0, T0N1M0, T1N1M0)	Stopień II (IIA, IIB) (T0N1M0, T1N1M0, T2N0M0, T2N1M0, T3N0M0)	Stopień III (IIIA, IIIB) (T0N2M0, T1N2M0, T2N2M0, T3N1M0, T3N2M0, T4N0M0, T4N1M0, T4N2M0)	Stopień HIC i IV (każdy T N3M0, każdy T, każdy N M1)	Średnia wartość pakietu (PLN)
		Koszt (PLN)	Koszt (PLN)	Koszt (PLN)	Koszt (PLN)	Koszt (PLN)	
Diagnostyka wstępna - nowotwory piersi	Konsultacja specjalistyczna	58	58	58	58	58	58
	Mammografia z ultrasonografią piersi	180	180	180	180	180	180
	RTG klatki piersiowej	50	50	50	50	50	50
	USG jamy brzusznej	70	70	70	70	70	70
	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (w przypadku podejrzenia przerzutów do węzłów chłonnych)	-	-	155	155	155	93
Podsumowanie		358	358	513	513	513	451
Diagnostyka pogłębiona - nowotwory piersi	Konsultacja specjalistyczna	58	58	58	58	58	58
	Morfologia krwi z rozmazem	7	7	7	7	7	7
	Biochemia: glukoza, mocznik, kreatynina, jonogram, ASPAT, ALAT, fosfataza alkaliczna	40	40	40	40	40	40
	Układ krzepnięcia: czas kaolinowo-kefalinowy, czas protrombinowy	12	12	12	12	12	12
	Antygen anty HCV, HBs-Ag	30	30	30	30	30	30
	Grupa krwi	55	55	55	55	55	55
	Badanie EKG	15	15	15	15	15	15

Nazwa pakietu	Nazwa badania	Stopień 0 (TisN0M0)	Stopień I (T1N0M0, T0N1M0, T1N1M0)	Stopień II (IIA, IIB) (T0N1M0, T1N1M0, T2N0M0, T2N1M0, T3N0M0)	Stopień III (IIIA, IIIB) (T0N2M0, T1N2M0, T2N2M0, T3N1M0, T3N2M0, T4N0M0, T4N1M0, T4N2M0)	Stopień HIC i IV (każdy T N3M0, każdy T, każdy N M1)	Średnia wartość pakietu (PLN)
		Koszt (PLN)	Koszt (PLN)	Koszt (PLN)	Koszt (PLN)	Koszt (PLN)	
	TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej *	130	130	130	130	130	130
	Scyntygrafia kośćca *	100	100	100	100	100	100
	Ustalenie stopnia zaawansowania nowotworu i zaplanowanie leczenia: konsultacja specjalistyczna	58	58	-	-	-	23
Podsumowanie		505	505	447	447	447	470

* 20% kosztu badania

Ograniczenia

Należy pamiętać, że analiza kosztów związana jest z pewnymi ograniczeniami. Jednym z nich jest niejednorodność i niekompletność procedur wykonanych i sprawozdawanych do NFZ w ramach pakietów diagnostycznych. Część danych wskazywała na rozbieżności procedur na poszczególne składowe (np. znieczulenie miejscowe powierzchniowe, założenie opatrunku), inne natomiast na sprawozdanie przez świadczeniodawcę jedynie procedur wymaganych przez płatnika przy rozliczaniu produktu. Należy mieć także na uwadze, że niektóre wyniki badań mogły być dostarczone przez pacjenta, w związku z czym badania te nie były wykonywane i wykazywane w ramach realizacji pakietów.

Kolejnym ograniczeniem jest niekompletność cenników procedur przekazanych do Agencji. Wymusiło to uzupełnienie cennika wykorzystanego do analizy kosztów diagnostyki cenami NFZ oraz cenami komercyjnymi procedur.

Zróżnicowanie sposobu wyceny procedur przez poszczególnych świadczeniodawców jest również kolejnym ograniczeniem analizy (np. uwzględnianie/nieuwzględnianie badania histopatologicznego w procedurze, uwzględnianie/nieuwzględnianie znieczulenia w procedurze zabiegowej). Mimo wdrożonej procedury weryfikacyjnej i unifikacyjnej, w zbiorze analizowanych danych mogły znaleźć się ceny odpowiadające różnemu zakresowi świadczenia diagnostycznego.

Do ograniczeń analizy można zaliczyć również sposób sprawozdawania wielu badań kosztochłonnych wykonywanych podczas jednej procedury, np. dla TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, koszt jest niewspółmiernie niższy niż policzony dla procedur sprawozdawanych kodami ICD-9 (odpowiednio trzy procedury TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym). W przypadku wielu badań niemożliwa jest ocena, czy wskazane kodami ICD-9 procedury odpowiadają kosztowo jednej złożonej procedurze.

3.3. Analiza wrażliwości

Nie przeprowadzono.

3.4. Projekt taryfy

W związku z przyjętym przez NFZ założeniem oparcia BCU o obowiązujące produkty rozliczeniowe w obszarze leczenia zabiegowego nowotworów piersi, jak również w celu utrzymania jednorodnego charakteru katalogu JGP, zrezygnowano z ustalania odrębnych taryf dla produktów JGP realizowanych w BCU. Wprowadzenie zróżnicowania jednostkowych taryf produktów realizowanych w ramach BCU, powinno wiązać się jednoczesnymi zmianami w konstrukcji tych produktów dla obszaru spoza BCU a w konsekwencji zmianą ich wyceny, co na obecnym etapie wyceny świadczeń onkologicznych nie jest możliwe. Należy jednocześnie zaznaczyć, że obecnie trwają w Agencji prace nad oceną szpitalnych produktów zabiegowych realizowanych u chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego oraz z rozpoznaniem nienowotworowymi, co w przyszłości może wiązać się z takimi zmianami.

W związku z powyższym proponuje się zastosowanie w odniesieniu do BCU współczynnika korygującego dla wszystkich analizowanych zabiegowych świadczeń szpitalnych. Wskaźnik wzrostu wartości przedmiotowych świadczeń został oparty o mechanizm wynikający z punktu przejścia i zmiany kosztów na poziomie zysk-strata. Począwszy od obowiązującej wartości taryfy JGP, zwiększano stopniowo o 1% jej wartość obserwując wynik finansowy dla każdej grupy. Punktem docelowym była wartość procentowa wskaźnika, przy której nastąpiła zmiana wszystkich wartości proponowanych taryf na wyższe niż oszacowane koszty świadczeń. Dla analizowanych świadczeń pierwszy wskaźnik na poziomie dodatnim wyniósł 5%. W efekcie ta wartość została przyjęta jako właściwa dla wskaźnika wzrostu taryf w analizowanym obszarze.

Jednocześnie, dla realizatorów świadczeń w ramach BCU, proponuje się podział grup *J01 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją* oraz *J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi* w zależności od zastosowanej metody (implant vs tkanka własna) z wykorzystaniem ustalonego współczynnika kosztowego 2,00.

Tabela 18 Propozycje taryf świadczeń w ramach BCU z uwzględnieniem jednolitego współczynnika kosztowego

Nazwa produktu rozliczeniowego	Aktualna taryfa		Taryfa z uwzględnieniem współczynnika		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny
	PKT	PLN*	PKT	PLN*	(%)
Diagnostyka ambulatoryjna					
Diagnostyka wstępna – nowotwory piersi	369	369	387	387^	5%
Diagnostyka pogłębiona – nowotwory piersi	417	417	438	438 ^	5%
Leczenie szpitalne - JGP					
J01 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją *	10 038	10 038	10 540	10 540^	5%
J01 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją * - rekonstrukcja tkanką własną	10 038	10 038	21 080	21 080#	110%
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	6 613	6 613	6 944	6 944^	5%
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.*	4 546	4 546	4 773	4 773^	5%
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.*	3 838	3 838	4 030	4 030^	5%
J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi *	5 609	5 609	5 889	5 889^	5%
J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi * - rekonstrukcja tkanką własną	5 609	5 609	11 779	11 779#	110%
J05 Średnia chirurgia piersi *	1 417	1 417	1 488	1 488^	5%
J06 Mała chirurgia piersi *	650	650	683	683^	5%
J08 Choroby piersi złośliwe	2 067	2 067	2 170	2 170^	5%

Nazwa produktu rozliczeniowego	Aktualna taryfa		Taryfa z uwzględnieniem współczynnika		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny
	PKT	PLN*	PKT	PLN*	(%)
J10 Biopsja mammotomiczna *	2 362	2 362	2480	2 480^	5%
Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym *	3 896	3 896	4 091	4 091^	5%
Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym*	2 362	2 362	2 480	2 480^	5%

* 1 pkt = 1 PLN; ^ - taryfa ze współczynnikiem 5%, # - taryfa ze współczynnikiem 2,00

Dodatkowe rekomendacje

W projekcie ustalenia kosztów JGP w instytutach zwrócono uwagę na niejednorodność grup J05 Średnia chirurgia piersi * i J06 Mała chirurgia piersi *, przejawiającą się m.in. wyższymi średnimi kosztami małych zabiegów niż średnich zabiegów. Z uwagi na powyższe rozszerzono analizę o dane pozyskane ze stałej współpracy, która wykazała, że:

- najczęściej kodowane procedury w ramach grupy J05 85.12 otwarta biopsja piersi oraz w ramach J06: 85.21 miejscowe wycięcie zmiany piersi są zbliżone kosztowo i obydwie wydaje się powinny znajdować się w grupie J05;
- procedury 85.312 jednostronna zmniejszająca mammoplastyka oraz 85.322 pomniejszająca mammoplastyka (w ginekomastii) są odstające kosztowo od innych procedur grupy J05 i powinny się znajdować w charakterystyce grupy J03E i J03F.

Z uwagi na małą próbę danych będących w posiadaniu AOTMiT, zachodzi konieczność konsultacji ze środowiskiem eksperckim w zakresie charakterystyki obu grup i zwiększenie próby danych, co pozwoli na wielowymiarową analizę problemu.

Mając na uwadze wyniki prac analitycznych proponuje się wydzielenie produktu dedykowanego pacjentom z podejrzeniem wznowy. Świadczenie to umożliwiłoby określenie momentu, w którym stan zdrowia pacjenta wymaga powrotu z modułu monitorowania do ponownej diagnostyki. Pozwoliłoby to na usprawnienie sprawozdawczości w zakresie monitorowania pełnej ścieżki leczenia pacjentów w ramach BCU, jak również byłoby korzystne z punktu widzenia analiz statystycznych dedykowanych zakresowi kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi. Świadczenie to powinno być tożsame z poradą początkową w ramach odpowiedniej diagnostyki onkologicznej (WPx), natomiast jej koszt zawiera się w ramach właściwego pakietu diagnostycznego.

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 proponowanego współczynnika dla świadczeń poddanych analizie z obszaru BCU.

W ramach niniejszej analizy porównano nakłady finansowe z perspektywy płatnika publicznego przy założeniu zachowania liczby realizowanych świadczeń na niezmiennym poziomie oraz wykonania ich wszystkich w jednostkach spełniających wymogi formalne na udzielanie świadczeń w zakresie BCU.

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona z wykorzystaniem danych Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie produktów jednostkowych zrealizowanych w 2018 r. sprawozdanych przez potencjalnych realizatorów świadczeń (tabela poniżej) oraz średniej cenie punktu w danym rodzaju świadczeń.

Tabela 19 Wykaz realizatorów świadczeń z zakresu BCU

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Województwo
1.	Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki - Łódź	Łódzkie
2.	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii I Traumatologii im. m. Kopernika w Łodzi	Łódzkie
3.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi	Łódzkie
4.	Centrum Onkologii Im. Prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy	Kujawsko-Pomorskie
5.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Warmińsko-Mazurskie
6.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii W Olsztynie	Warmińsko-Mazurskie
7.	Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Poznań	Wielkopolskie
8.	Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego W Poznaniu	Wielkopolskie
9.	Centrum Medyczne HCP Sp. z o.o. NZOZ Centrum Medyczne HCP Lecznictwo Stacjonarne - Poznań	Wielkopolskie
10.	"Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie" Sp. z o.o. - Pleszew	Wielkopolskie
11.	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza - Brzozów	Podkarpackie
12.	Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli w Lublinie	Lubelskie
13.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie	Lubelskie
14.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	Lubelskie
15.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	Lubelskie
16.	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie	Zachodniopomorskie

Analizę wpływu na budżet przedstawiono dla produktów z obszaru BCU z proponowanym podziałem grup J01 i J04.

Należy mieć na uwadze, że analiza wpływu na budżet płatnika nie uwzględnia wyodrębnionych z projektu taryf kosztów diagnostyki genetycznej i patomorfologicznej (do finansowania w ramach

odrębnych produktów) oraz pozostałych produktów możliwych do rozliczenia w ramach BCU. Wyniki analizy nie stanowią zatem oszacowania dodatkowych kosztów funkcjonowania BCU.

Wprowadzenie w życie proponowanych współczynników taryfy świadczeń z obszaru BCU przy założeniu, że liczba realizatorów będzie stała, będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w wysokości ok. 3,3 mln zł.

W poniższych tabelach przedstawiono szczegółowe informacje o wpływie na budżet płatnika.

Tabela 20 Wpływ na budżet Płatnika uwzględniający podział grup J01 i J04 oraz realizację świadczeń z obszaru BCU, przez realizatorów przedmiotowych świadczeń

Nazwa produktu	Realizacja w 2018 r.	Taryfa NFZ*	Łączna wartość obecnie	Taryfa z uwzględnieniem współczynnika	Przewidywana realizacja (2018 r. po korekcie)	Łączna wartość po zmianach	Różnica
		(pkt/PLN)		(pkt/PLN)		(PLN)	(PLN)
Diagnostyka wstępna – nowotwory piersi	3 894	369	1 436 886	387	3 894	1 508 730	71 844
Diagnostyka pogłębiona – nowotwory piersi	4 486	417	1 870 662	438	4 486	1 964 195	93 533
J01 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją *	400	10 038	4 015 200	10 540	394	4 152 721	137 521
J01 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją * - rekonstrukcja tkanką własną	0	10 038	0	21 080	6	126 479	126 479
J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi *	4 955	6 613	32 767 415	6 944	4 955	34 405 786	1 638 371
J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. *	491	4 546	2 232 086	4 773	491	2 343 690	111 604
J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. *	1 578	3 838	6 056 364	4 030	1 578	6 359 182	302 818
J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi *	546	5 609	3 062 514	5 889	489	2 879 941	-182 573
J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi * - rekonstrukcja tkanką własną	0	5 609	0	11 779	57	671 397	671 397
J05 Średnia chirurgia piersi *	453	1 417	641 901	1 488	453	673 996	32 095
J06 Mała chirurgia piersi *	357	650	232 050	683	357	243 653	11 603
J08 Choroby piersi złośliwe	2 002	2 067	4 138 134	2 170	2 002	4 345 041	206 907
J10 Biopsja mammotomiczna *	244	2 362	576 328	2 480	244	605 144	28 816
Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym *	337	3 896	1 312 952	4 091	337	1 378 600	65 648
Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym *	148	2 362	349 576	2 480	148	367 055	17 479
Łącznie	19 891		58 692 068		19 891	62 025 609	3 333 541

*1 pkt = 1 PLN

4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Nowoczesne metody diagnostyczno-terapeutyczne w zakresie kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotworów piersi, nakładają na realizatorów określone wymagania jakościowe i organizacyjne, co skutkuje wyższymi kosztami udzielania takich świadczeń. Wprowadzenie proponowanych współczynników taryf pozwoli na finansowanie świadczeń kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotworów piersi bardziej adekwatnie do potencjału i zaangażowanych zasobów.

5. Najważniejsze informacje i wnioski

Przedmiotem opracowania są wybrane świadczenia gwarantowane obejmujące kompleksową opiekę onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) realizowane w ramach BCU:

- w ramach modułu diagnostyka:
 - diagnostyka wstępna – nowotwory piersi;
 - diagnostyka pogłębiona – nowotwory piersi;
- w ramach modułu leczenia: świadczenia z katalogu JGP.

Nie analizowano i nie weryfikowano świadczeń radioterapii, chemioterapii oraz badań genetycznych, ponieważ dotyczą one różnych nowotworów i są przedmiotem odrębnych, ukierunkowanych prac analitycznych. Nie zostały także poddane analizom świadczenia AOS realizowane w module monitorowanie oraz rehabilitacji.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi: Plan Taryfikacji na 2018 r., zatwierdzony przez Ministra Zdrowia 10.07.2017 r., w punkcie: 1c i 2c, tj.: świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w obszarze: „Choroby nowotworowe”. Niniejszy raport stanowi rozszerzenie prac podjętych w związku z realizacją tego zadania.

W obszarze funkcjonowania BCU istotne są rozpoznania nowotworowe, dlatego analizy oparto o następujące rozpoznania z zakresu kodów ICD-10: C50, C79, D05 i D48.6.

W 2018 r. zrealizowano łącznie 26 480 świadczeń diagnostyki onkologicznej i 41 819 świadczeń JGP z analizowanego obszaru.

Nie odnaleziono taryf zagranicznych ani cen komercyjnych dedykowanych realizacji i funkcjonowaniu kompleksowej opieki nad pacjentami z rakiem piersi. W przypadku braku kosztu niektórych procedur diagnostycznych w cennikach świadczeniodawców, w ramach prowadzonych analiz posłużyły one jedynie odnalezionymi cenami komercyjnymi poszczególnych procedur.

Projekty wycen szpitalnych świadczeń zabiegowych oparto o dane dotyczące 1494 hospitalizacji, zgromadzone od 28 świadczeniodawców, którzy w ujęciu ilościowym i kosztowym zrealizowali w 2018 roku ponad 40% wszystkich analizowanych świadczeń w skali całego kraju.

Analiza kosztów wykazała niedoszacowanie przedmiotowych świadczeń a także zróżnicowanie tych kosztów w zależności od typu świadczeniodawcy, co zostanie poddane dalszym analizom w ramach weryfikacji wycen JGP zabiegowych.

W związku z przyjętym przez NFZ założeniem oparcia BCU o obowiązujące produkty rozliczeniowe w obszarze leczenia zabiegowego nowotworów piersi, jak również w celu utrzymania jednorodnego charakteru katalogu JGP, zrezygnowano z ustalania odrębnych taryf dla produktów JGP realizowanych w BCU. Wprowadzenie zróżnicowania jednostkowych taryf produktów realizowanych w ramach BCU, powinno wiązać się jednoczesnymi zmianami w konstrukcji tych produktów dla obszaru spoza BCU a w konsekwencji zmianą ich wyceny, co na obecnym etapie wyceny świadczeń onkologicznych nie jest możliwe. Należy jednocześnie zaznaczyć, że obecnie trwają w Agencji prace nad oceną szpitalnych produktów zabiegowych realizowanych u chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego oraz z rozpoznaniem nienowotworowymi, co w przyszłości może wiązać się z takimi zmianami.

W związku z powyższym proponuje się zastosowanie w odniesieniu do BCU współczynnika korygującego dla wszystkich analizowanych świadczeń. Wskaźnik wzrostu wartości przedmiotowych świadczeń został oparty o mechanizm wynikający z punktu przejścia i zmiany kosztów na poziomie

zysk-strata. Począwszy od obowiązującej wartości taryfy JGP, zwiększano stopniowo o 1% jej wartość obserwując wynik finansowy dla każdej grupy. Punktem docelowym była wartość procentowa wskaźnika, przy której nastąpiła zmiana wszystkich wartości proponowanych taryf na wyższe niż oszacowane koszty świadczeń. Dla analizowanych świadczeń pierwszy wskaźnik na poziomie dodatnim wyniósł **5%**. W efekcie ta wartość została przyjęta jako właściwa dla wskaźnika wzrostu taryf w analizowanym obszarze.

Jednocześnie, dla realizatorów świadczeń w ramach BCU, proponuje się podział grup *J01 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją* oraz *J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi* w zależności od zastosowanej metody (implant vs tkanka własna) z wykorzystaniem ustalonego współczynnika kosztowego **2,00**.

Pakiety diagnostyczne, z uwagi na fakt, że były wyceniane w 2018 r. oraz fakt, że istotne kosztowo elementy tych świadczeń rozliczane są w mechanizmie dosumowywania, nie wymagają istotnych zmian. Ich wycena podobnie jak w przypadku JGP zabiegowych dedykowanych BCU została zwiększona o wskaźnik 5%.

Dodatkowo rekomenduje się zmiany w charakterystyce grup JGP: *J05 Średnia chirurgia piersi ** i *J06 Mała chirurgia piersi ** oraz *J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. ** i *J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. **.

W oparciu o proponowane współczynniki wartości taryf przeprowadzono analizę wpływu na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia. Uwzględniono listę 16 podmiotów, które spełniają warunki formalne do realizacji przedmiotowych świadczeń oraz rzeczywistą sprawozdawczość tych podmiotów w ramach świadczeń z obszaru BCU w 2018 r.

Wprowadzenie w życie proponowanych współczynników taryfy świadczeń oraz zmian w charakterystyce grup z obszaru BCU przy założeniu stałej liczby realizatorów, będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w wysokości **ok. 3,3 mln zł rocznie**.

Należy mieć na uwadze, że analiza wpływu na budżet płatnika nie uwzględnia wyodrębnionych z projektu taryf kosztów diagnostyki genetycznej i patomorfologicznej (do finansowania w ramach odrębnych produktów) oraz pozostałych produktów możliwych do rozliczenia w ramach BCU. Wyniki analizy nie stanowią zatem oszacowania dodatkowych kosztów funkcjonowania BCU.

Nowoczesne metody diagnostyczno-terapeutyczne w zakresie kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotworów piersi, nakładają na realizatorów określone wymagania jakościowe i organizacyjne, co skutkuje wyższymi kosztami udzielania takich świadczeń. Wprowadzenie proponowanych współczynników taryf pozwoli na finansowanie świadczeń kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotworów piersi bardziej adekwatnie do potencjału i zaangażowanych zasobów.

6. Bibliografia

- KRN 2018 *Didkowska Joanna, Wojciechowska Urszula. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie; <http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia>; dostęp 11.1.2019*
- GLOBOCAN 2012 *J. Ferlay, I. Soerjomataram, R. Dikshit, S. Eser, C. Mathers, M. Rebelo, D.M. Parkin, D. Forman, F. Bray (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International Journal of Cancer doi:10.1002/ijc.29210 PMID:25220842 Published online 9 October 2014; <http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx> dostęp 10.10.2019*
- Statystyka NFZ *Statystyka JGP, <https://prog.nfz.gov.pl/app-jgp>; dostęp 10.10.2019*
- Piotrowski 2004 *Piotrowski Tomasz, Wybrane zagadnienia dotyczące planowania leczenia w radioterapii, Pracownia Planowania Leczenia Zakład Fizyki Medycznej Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2004*
- Buszko 2013 *Buszko A., Cele, zadania i metody radioterapii na przykładzie Centrum Onkologii – Instytutu Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie przy ul. Wawelskiej 15, 2013*

7. Spis tabel i wykresów

Spis tabel

Tabela 1 Stopień zaawansowania raka piersi określony na podstawie klasyfikacji TNM	9
Tabela 2 Katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych	13
Tabela 3 Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś).....	32
Tabela 4 Realizacja pakietów diagnostycznych dedykowanych nowotworom piersi w latach 2016-2018 r.	38
Tabela 5 Realizacja produktów rozliczeniowych dedykowanych BCU w 2018 r. (leczenie szpitalne)	38
Tabela 6 Realizacja produktów rozliczeniowych dedykowanych BCU w 2018 r., w poszczególnych zakresach świadczeń	41
Tabela 7 Zestawienie świadczeniodawców i OPK uwzględnionych w analizie na podstawie danych przekazanych w postępowaniu nr 42.....	51
Tabela 8 Zestawienie świadczeniodawców i OPK uwzględnionych w analizie na podstawie danych przekazanych w postępowaniu nr 45.....	52
Tabela 9 Zestawienie świadczeniodawców i OPK uwzględnionych w analizie na podstawie danych przekazanych w postępowaniu nr 33.....	53
Tabela 10 Liczność próby i realizacja produktów rozliczeniowych uwzględnionych w analizie	53
Tabela 11 Porównanie potencjału podmiotów będących podstawą analiz	54
Tabela 12 Koszty dotyczące poszczególnych JGP, pozyskane w ramach postępowania 33., 42. i 45. (wartości uśrednione) ..	56
Tabela 13 Średnie czasy hospitalizacji i zabiegu dla grupy J01 w danych z postępowania 45.	59
Tabela 14 Średnie czasy hospitalizacji i zabiegu dla grupy J04 w danych z postępowania 45.	59
Tabela 15 Średnie czasy hospitalizacji i zabiegu dla grupy J04 danych pozyskanych w ramach stałej współpracy	60
Tabela 16 Wartości współczynników kosztowych w zależności od metody wykonania zabiegu	61
Tabela 17 Składowe kosztowe diagnostyki wstępnej i pogłębionej nowotworów piersi	62
Tabela 18 Propozycje taryf świadczeń w ramach BCU z uwzględnieniem jednolitego współczynnika kosztowego	64
Tabela 19 Wykaz realizatorów świadczeń z zakresu BCU	66
Tabela 20 Wpływ na budżet Płatnika uwzględniający podział grup J01 i J04 oraz realizację świadczeń z obszaru BCU, przez realizatorów przedmiotowych świadczeń	67

Spis wykresów

Wykres 1. Rozpoznanie nowotworów piersi w ambulatoryjnych produktach diagnostycznych BCU w podziale na województwa w 2018 r.	39
Wykres 2. Struktura rozpoznań nowotworów piersi w szpitalnych produktach zabiegowych BCU w 2018 r.	40
Wykres 3. Udział rozpoznań uwzględnionych w BCU w poszczególnych JGP, w 2018 r.	41
Wykres 4. Rozpoznanie nowotworów piersi w produktach szpitalnych BCU w podziale na województwa w 2018 r.	46
Wykres 5. Koszt realizacji JGP w podziale na rozpoznania uwzględnione w BCU wg. województwa w 2018 r.	47
Wykres 6. Realizacja analizowanych JGP w poszczególnych województwach w 2018 r.	47
Wykres 7. Realizacja analizowanych JGP w poszczególnych województwach w 2018 r.	48
Wykres 8. Dane dotyczące poszczególnych JGP, pozyskane w ramach postępowania 42 i 45 (wartości uśrednione).....	58
Wykres 9. Porównanie realizacji procedur rekonstrukcyjnych w JGP J01 i J04 (* dane dotyczą I połowy 2019 r.).....	59

8. Załączniki

- Załącznik 1. Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w obszarze: *Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi* oraz warunki ich realizacji
- Załącznik 2. Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w obszarze: *Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi* oraz warunki ich realizacji
- Załącznik 3. Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w obszarze: *Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi* oraz warunki ich realizacji