

# Ocena wpływu dostępności do leczenia zaćmy w Polsce w świetle zmian instytucjonalnych

*Evaluating the availability of cataract treatment in Poland in light of institutional changes*

Michał Chrobot<sup>1,2</sup>, Arnold Maciejewski<sup>1</sup>, Kamila Kocańda<sup>1,3</sup>,  
Agnieszka Strzelecka<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych  
Kierownik: dr n. o zdr. Michał Chrobot

<sup>2</sup> Katedra Rachunkowości Menedżerskiej, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie  
Kierownik: dr hab. Monika Raulinajtys-Grzybek, prof. SGH

<sup>3</sup> Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Marianna Janion



## NAJWAŻNIEJSZE

Zwiększenie wysokości kontraktów zmniejsza liczbę osób oczekujących na chirurgiczne leczenie zaćmy w Polsce, jednak nie obniża liczby chorych wyjeżdżających na terapię poza granice kraju.

## HIGHLIGHTS

Increased amount of contracts reduces the number of people waiting for cataract surgery in Poland, but does not reduce the number of patients who go abroad for the treatment.

## STRESZCZENIE

Celem pracy jest ocena dostępu do świadczeń zdrowotnych w świetle zmian regulacyjnych w Unii Europejskiej, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w zaćmie w Polsce w latach 2015–2017.

Dane statystyczne Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2015–2017 przeanalizowano za pomocą opisu statystycznego. Dla kolejek parametrycznych zastosowano test t-Studenta ( $\alpha = 0,05$ ). Dla liczby złożonych i sfinansowanych wniosków w ramach dyrektywy zastosowano model trendu liniowego oraz istotność współczynnika kierunkowego ( $\alpha = 0,05$ ).

Kolejka oczekujących na operację zaćmy od drugiego kwartału 2015 r. do czwartego kwartału 2016 r. miała tendencję zwyżkową.

W 2017 r. zaobserwowano zmniejszenie liczby osób oczekujących na zabieg przy jednoczesnym wzroście liczby wniosków składanych w ramach dyrektywy. W analogicznym okresie nastąpiło zwiększenie kontraktów, co przełożyło się na spadek liczby pacjentów oczekujących na operację w Polsce. Nie zaobserwowano jednak tendencji spadkowej w liczbie pacjentów leczonych w ramach dyrektywy transgranicznej.

**Słowa kluczowe:** transgraniczna opieka zdrowotna, prawa pacjenta, leczenie zaćmy, leczenie okulistyczne jednego dnia, refundacja

## ABSTRACT

The aim of the article is to assess the access to health services in light of European Union regulatory changes, with particular emphasis on cataract procedures implemented in Poland during the years 2015–2017.

Statistical data from the National Health Fund for the years 2015–2017 was analyzed by means of statistical description, graphical and table presentation. For parametric queues, a Student's t-test ( $\alpha = 0.05$ ) was used. For the number of submitted and paid applications under the directive, the linear trend model and the significance of the directional coefficient ( $\alpha = 0.05$ ) were used.

The waiting queue for cataract surgery from the second quarter of 2015 to the fourth quarter of 2016 had an upward trend.

In 2017, a drop in the number of waiting patients was observed, with a simultaneous increase in the number of applications submitted under the directive. At the same time, contract growth was observed, which translated into a decrease in the number of patients waiting for surgery in Poland. Nevertheless, no decreasing trend in the number of patients treated under the cross-border directive was observed.

**Key words:** cross-border healthcare, patient's rights, cataract treatment, one day ophthalmic treatment, reimbursement

## WSTĘP

Utworzenie Unii Europejskiej (UE) pozwoliło na swobodny przepływ dóbr pomiędzy krajami, m.in. w zakresie handlu, usług, kapitału czy świadczenia pracy. Mimo to przez dekadę poszczególne państwa członkowskie we własnym zakresie regulowały kwestie dotyczące zdrowia obywateli. Powodowało to nierówny dostęp do świadczeń zdrowotnych pomiędzy państwami UE. Dopiero wprowadzenie Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej [1], obowiązującej od 24 kwietnia 2011 r. (zwanej dalej dyrektywą), zniwelowało tę barierę poprzez zagwarantowanie wszystkim obywatelom UE równego dostępu do transgranicznej opieki zdrowotnej wysokiej jakości, a przede wszystkim możliwość korzystania z wystandaryzowanych świadczeń zdrowotnych na terenie całej Wspólnoty.

Zapisy dyrektywy zobowiązały poszczególne państwa do zapewnienia m.in. zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej na zasadach określonych w rozdziale III [1].

Państwa członkowskie UE zostały zobligowane do dostosowania krajowych przepisów prawa do głównych zapisów dyrektywy w terminie do 25 października 2013 r. To w gestii poszczególnych państw pozostało m.in. określenie zasad otrzymania zwrotu kosztów poniesionych na świadczenia opieki zdrowotnej wykonanych w innym państwie członkowskim UE.

Mimo to implementacja dyrektywy do prawa polskiego nastąpiła poprzez wejście w życie 15 listopada 2014 r. zapisów ustawy z 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw [2]. Oznacza to, iż stosowanie dyrektywy transgranicznej w Polsce było możliwe po ponadrocznym opóźnieniu w jej wprowadzeniu.

Polskie regulacje określają zasady otrzymania zwrotu środków za leczenie pacjenta ubezpieczonego w Polsce poza granicami kraju. W przypadku świadczeń gwarantowanych w Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) ma obowiązek dokonania zwrotu kosztów zgodnie z procedurą opisaną w przepisach [3, 4] w wysokości kwoty finansowania danego świadczenia w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą w Polsce, zgodnie z wytycznymi płatnika wskazanych w zarządzeniach prezesa NFZ [5], ale nie większej niż wartość poniesionych kosztów.

Dla części świadczeń, których wykaz został określony w treści rozporządzenia Ministra Zdrowia [6], konieczne jest wcześniejsze (przed wykonaniem świadczenia) otrzymanie od NFZ zgody na terapię poza granicami kraju. W przypadku świadczeń okulistycznych obejmujących leczenie ambulatoryjne oraz zabiegi chirurgiczne wykonywane w ramach okulistyki jednego dnia (wypis ze szpitala następuje w dniu przyjęcia) nie jest wymagane uzyskanie wcześniejszej zgody NFZ na terapię za granicą. Dlatego też, zgodnie z zapi-

sami dyrektywy oraz przepisami prawa krajowego, pacjenci skierowani do leczenia zaćmy w trybie jednego dnia bez żadnych formalnych przeszkód mogą poddać się zabiegowi poza terytorium Polski, a następnie wnioskować o zwrot jego kosztów.

Problem zaćmy dotyka przede wszystkim osób starszych, często samotnych, wykluczonych społecznie i informacyjnie. Według autorów raportu *Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa* [7] największy odsetek pacjentów z zaćmą to osoby powyżej 80. r.ż. Biorąc pod uwagę liczbę chorych na zaćmę w Polsce (ok. 260–300 tys. zabiegów rocznie), dostęp do usług zdrowotnych był ograniczony. Natomiast wprowadzenie refundacji leczenia zaćmy w ramach dyrektywy transgranicznej otworzyło szerokie możliwości wykonania zabiegu na terenie całej UE.

Istotnym elementem wydaje się również wprowadzenie skutecznego systemu monitorowania poziomów wydatków na mieszkańca, ponieważ jakościowa analiza procesów alokacji zasobów z poziomu krajowego na szczebel niższy jest ważna w identyfikowaniu potencjalnych problemów z dostępem do omawianych usług zdrowotnych [8].

Wiedza pacjentów o przysługujących im prawach wynikających z nowych regulacji w pierwszych miesiącach ich obowiązywania była ograniczona. Świadomość budowały jednak opracowania oraz kampanie społeczne organizacji pacjentów, takich jak stworzona w 2017 r. przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej *Karta praw pacjenta z zaćmą* [9].

## CEL PRACY

Cel pracy stanowi próba oceny wpływu dostępności do świadczeń zdrowotnych w świetle rozwiązań systemowych i zmian w przepisach Unii Europejskiej, ze szczególnym uwzględnieniem problemu chorych na zaćmę w Polsce, w latach 2015–2017.

## MATERIAŁ I METODY

W celu dokonania oceny w badaniu retrospektywnym jako materiał poddany analizie wykorzystano dane statystyczne za lata 2015–2017 otrzymane z Centrali NFZ. Dane te są jedynym obiektywnym i wiarygodnym źródłem potwierdzającym liczbę zrealizowanych świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Obejmowały one informacje na temat wartości kontraktów leczenia zaćmy oraz poziomu ich realizacji na terenie Polski, jak również liczbę i wartość wniosków składanych przez polskich pacjentów, którzy wykonali zabieg usunięcia zaćmy w ramach dyrektywy transgranicznej. Analizowany okres to 3 pierwsze pełne

lata obowiązywania przepisów implementujących dyrektywę w Polsce.

W zakresie wszystkich zmiennych dane analizowano za pomocą opisu statystycznego wspomaganego prezentacją graficzną i tabelaryczną. Dodatkowo wobec zmiennej *kolejka oczekujących* użyto parametrycznego testu t-Studenta ( $\alpha = 0,05$ ) dla prób powiązanych porównujący poziomy średnie. Z kolei wobec zmiennych *liczby złożonych i wypłaconych wniosków w ramach dyrektywy transgranicznej* zastosowano model trendu liniowego oraz ocenę istotności współczynnika kierunkowego ( $\alpha = 0,05$ ).

Dane zgromadzono w programie Microsoft Excel i tam też wykonano część analiz i wykresów. Pozostałe analizy zostały przeprowadzone w środowisku R na podstawie własnych kodów z użyciem gotowych funkcji pakietu Basic (t.test, lm, shapiro.test, plot).

## WYNIKI BADAŃ

Liczba świadczeń w ramach leczenia zaćmy zrealizowanych w Polsce w latach 2015–2017 wzrosła z 227 073 do 300 265 hospitalizacji. W analizowanym okresie zwiększyła się także liczba świadczeniodawców wykonujących zabiegi na terenie kraju – z 244 w 2015 r. do 253 w roku 2017.

W omawianym obszarze można zaobserwować wzrost wartości kontraktów oraz ich wykonania w latach 2015–2017 (tab. 1). Różnica pomiędzy wykonaniem a kontraktami na realizację świadczeń przez podmioty wykonujące zabiegi usunięcia zaćmy w ramach umów zawartych z NFZ w latach 2015 i 2016 nie przekraczała 0,6%. Zupełnie inna sytuacja miała miejsce w 2017 r., gdy wartość wykonania była niższa od wartości kontraktu o 4,89% (tab. 1, ryc. 1).

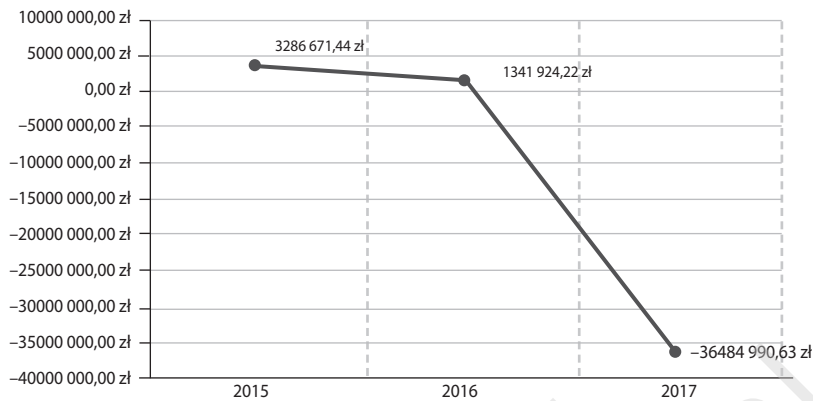
TABELA 1

Wartość kontraktów na leczenie zaćmy zawartych przez podmioty lecznicze z Narodowym Funduszem Zdrowia a wartość ich wykonania w latach 2015–2017.

Rok	Kontrakt	Wykonanie	Różnica (wykonanie – kontrakt)
2015	549 634 591,00 zł	552 921 262,44 zł	3 286 671,44 zł
2016	571 732 549,00 zł	573 074 473,22 zł	1 341 924,22 zł
2017	746 243 503,00 zł	709 758 512,37 zł	-36 484 990,63 zł

RYCINA 1

Różnica wartości wykonania oraz kontraktów na leczenie zaćmy zawartych przez podmioty lecznicze z Narodowym Funduszem Zdrowia w latach 2015–2017.

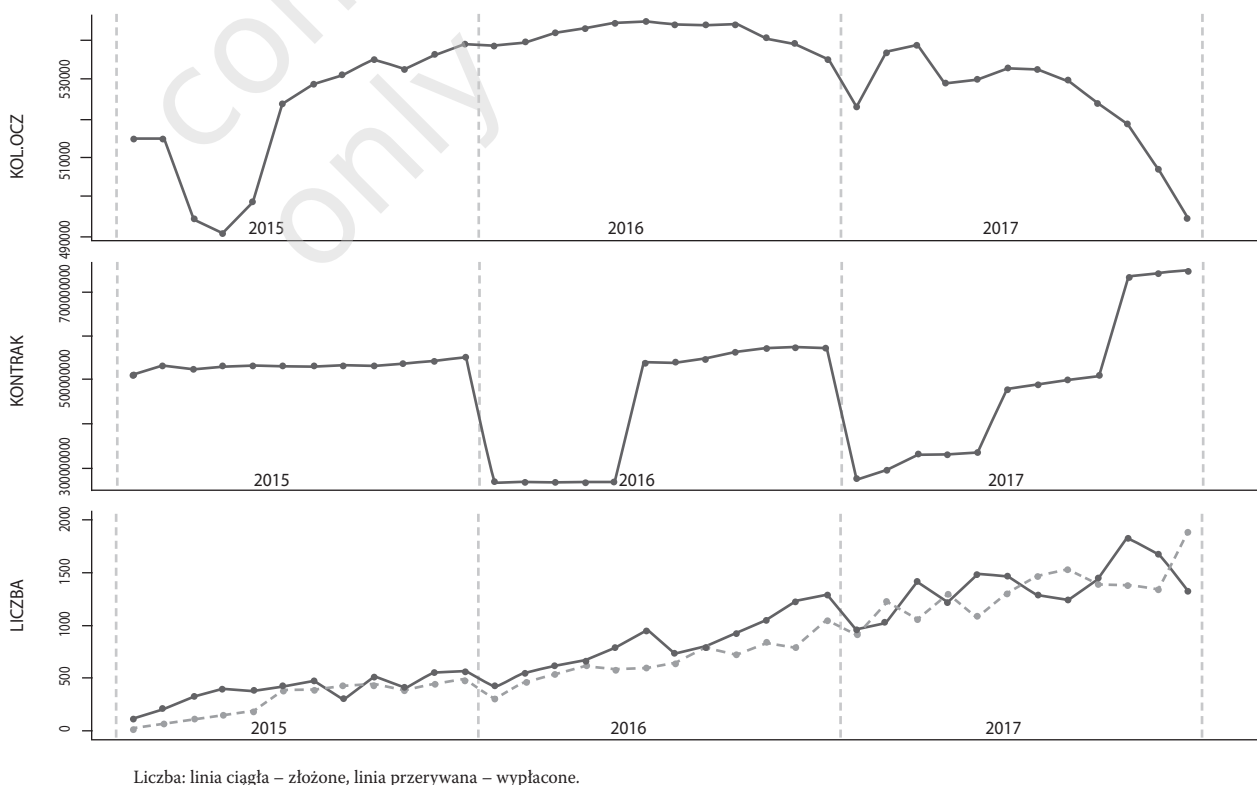


Kolejka oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy od drugiego kwartału 2015 r. miała tendencję zwyżkową. Ten trend utrzymywał się do czwartego kwartału 2016 r. W 2017 r. można zaobserwować systematyczny spadek liczby oczekujących, przy jednoczesnym wzroście liczby złożonych wniosków w ramach dyrektywy. Jednocześnie w analizowa-

nym obszarze zaobserwowano znaczące zwiększenie kontraktów, co bezpośrednio przełożyło się na spadek liczby oczekujących pacjentów na zabieg na terenie Polski. Mimo większych kontraktów (zwiększenie dostępności do świadczeń) w 2017 r. nie odnotowano malejącej liczby chorych leczonych w ramach dyrektywy transgranicznej (ryc. 2).

RYCINA 2

Liczba pacjentów oczekujących na zabieg leczenia zaćmy w Polsce, wartości kontraktów na realizację tych zabiegów w Polsce oraz liczba złożonych i wypłaconych wniosków o refundację zabiegu usunięcia zaćmy wykonanego w ramach dyrektywy transgranicznej w latach 2015–2017.



Przeanalizowawszy zjawisko kolejki oczekujących pod kątem porównania rocznych poziomów średnich za pomocą testu t-Studenta (dane sparowane jednoimiennymi miesiącami), otrzymano istotność statystyczną w okresach 2015 vs 2016 (*Shapiro-Wilk normality test*, p-value = 0,3177) na poziomie p-value = 0,001114 oraz 2016 vs 2017 (*Shapiro-Wilk normality test*, p-value = 0,1845) na poziomie p-value = 0,0008548. Natomiast różnica pomiędzy latami 2015 vs 2017 nie była istotna statystycznie (*Shapiro-Wilk normality test*, p-value = 0,963) i wynosiła p-value = 0,4459. Najprawdopodobniej wynika to z faktu, że trendy w latach 2015 i 2017 są przeciwstawne, a przy tym oscylują w podobnym zakresie wartości.

W omawianym obszarze można zaobserwować wzrost liczby składanych i sfinansowanych wniosków o refundację zabiegu usunięcia zaćmy wykonanego w ramach dyrektywy transgranicznej w latach 2015–2017. Różnica pomiędzy wypłaconymi a wnioskowanymi kwotami na refundację wyniosła w latach 2015 i 2016 odpowiednio 26,08% i 21,50%. W 2017 r. było to zaledwie 3,35% (tab. 2).

Współczynnik kierunkowy regresji liniowej, odzwierciedlającej trend zjawiska – liczby wniosków złożonych w latach 2015–2017, można uznać za istotny ( $p < 0,05$ ) przy przesłance, że rozkład reszt jest normalny (test Shapiro-Wilka p-value = 0,836). Można przyjąć zatem, że z miesiąca na miesiąc następuje wzrost liczby złożonych wniosków o ok. 42. Jednocześnie R-squared omawianego modelu wynosi 0,9114, co świadczy o dużym dopasowaniu modelu do danych (ryc. 3).

Współczynnik kierunkowy regresji liniowej, odzwierciedlającej trend zjawiska w latach 2015–2017, należy także uznać za istotny ( $p < 0,05$ ) przy przesłance, że rozkład reszt jest normalny (test Shapiro-Wilka p-value = 0,1601). Należy przyjąć, że comiesięcznie następuje wzrost liczby zapłaconych wniosków o ok. 44. R-squared omawianego modelu wynosi 0,9327, co świadczy o dużym dopasowaniu modelu do danych (ryc. 4).

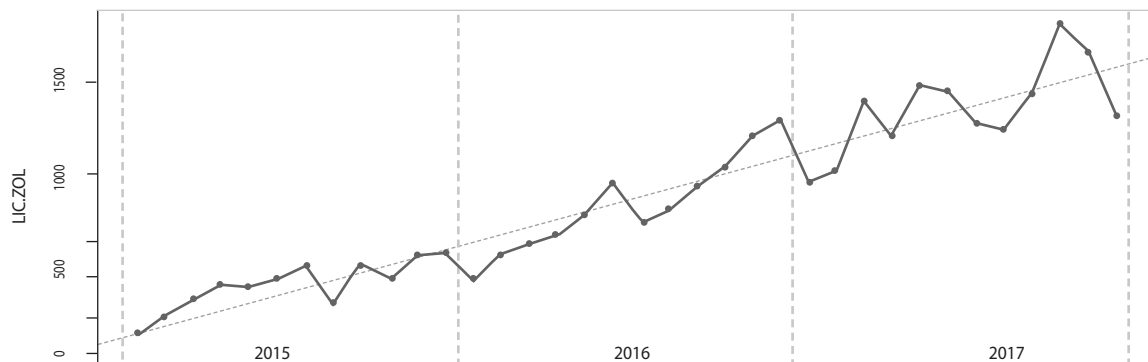
TABELA 2

Liczba złożonych wniosków i wypłaconych świadczeń w latach 2015–2017.

Rok	Liczba złożonych wniosków	Liczba wypłaconych świadczeń	Różnica (liczba wypłaconych świadczeń – liczba złożonych wniosków)
2015	4543	3358	-1185
2016	9924	7790	-2134
2017	16 275	15 729	-546

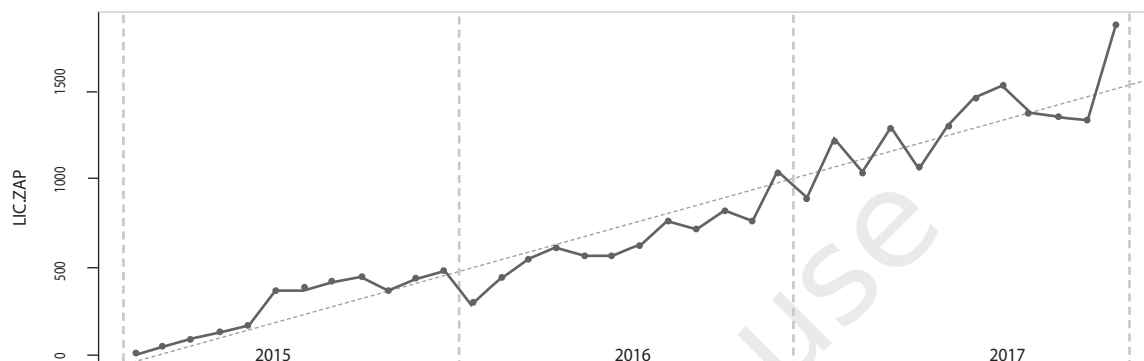
RYCINA 3

Liczba złożonych wniosków o refundację zabiegu usunięcia zaćmy wykonanego w ramach dyrektywy transgranicznej w latach 2015–2017.



RYCINA 4

Liczba wypłaconych wniosków o refundację zabiegu usunięcia zaćmy wykonanego w ramach dyrektywy transgranicznej w latach 2015–2017.



W latach 2015–2017 polscy chorzy w ramach dyrektywy transgranicznej najczęściej wykonywali zabiegi usunięcia zaćmy w Czechach (93% wszystkich wyjeżdżających). W 2017 r. w stosunku do lat ubiegłych ponadstukrotnie

wzrosła liczba osób wykonujących omawiane świadczenia na Litwie. Kolejnym krajem, w którym leczą się polscy pacjenci z zaćmą, są Niemcy (wzrost o 107% w 2017 r. w stosunku do 2015 r.) (tab. 3).

TABELA 3

Liczba i wartość złożonych wniosków dotyczących leczenia zaćmy w ramach dyrektywy transgranicznej według krajów UE w latach 2015–2017.

OW NFZ	2015		2016		2017	
	Liczba	Kwota	Liczba	Kwota	Liczba	Kwota
Czechy	3065	6 778 737,61 zł	7404	16 008 388,89 zł	14 433	30 921 422,99 zł
Litwa	0	0,00 zł	6	12 764,46 zł	643	1 363 963,37 zł
Niemcy	281	620 350,06 zł	374	797 239,07 zł	582	1 238 759,08 zł
Słowacja	3	6 589,33 zł	3	6 416,88 zł	65	140 310,97 zł
Austria	3	6 754,74 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł
Francja	3	2 996,03 zł	0	0,00 zł	5	8 993,32 zł
Cypr	1	2 207,37 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł
Rumunia	2	4 674,14 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł
Wielka Brytania	0	0,00 zł	1	2 403,58 zł	0	0,00 zł
Włochy	0	0,00 zł	2	4 318,52 zł	0	0,00 zł
Belgia	0	0,00 zł	0	0,00 zł	1	2 111,15 zł
<b>Łącznie</b>	<b>3358</b>	<b>7 422 309,28 zł</b>	<b>7790</b>	<b>16 831 531,40 zł</b>	<b>15 729</b>	<b>33 675 560,88 zł</b>

## DYSKUSJA

Zgodnie z założeniem dyrektywy chorzy z terenu UE mają zagwarantowany swobodny dostęp do leczenia we wszystkich państwach członkowskich. W Polsce wytyczne do stosowania dyrektywy zostały w praktyce zawężone do opisanie zasad uzyskiwania przez polskich pacjentów świadczeń na terenie UE [2].

Zgodnie z zaleceniami Komisji Europejskiej należy zapewnić sprawiedliwy dostęp do usług zdrowotnych poprzez dopasowanie alokacji zasobów systemu opieki zdrowotnej do zróżnicowania potrzeb zdrowotnych w regionach (województwach). Regiony o większym zapotrzebowaniu na zdrowie (niższy stan zdrowia i większa niezaspokojona potrzeba) powinny korzystać z wyższego poziomu wydatków publicznych na jednego mieszkańca w omawianym obszarze [8].

Analizie poddano okres pierwszych 3 lat obowiązywania przepisów implementujących dyrektywę transgraniczną w Polsce, dzięki czemu zaprezentowano efekty działania nowych regulacji w początkowym okresie.

W przeprowadzonej analizie danych za lata 2015–2017 otrzymanych z NFZ zaobserwowano zwiększoną aktywność pacjentów w ramach korzystania z transgranicznej opieki medycznej. Najwięcej pacjentów wyjechało do Czech, na Litwę i do Niemiec. Jednocześnie można zaobserwować zwiększenie środków na wykonanie zabiegów usunięcia zaćmy w Polsce.

Zgodnie z danymi analizowanymi przez autorów liczba wykonanych świadczeń zaćmy w Polsce w latach 2015–2017 wzrosła o 73 192 hospitalizacje, przy zwiększonej liczbie świadczeniodawców wykonujących zabiegi na terenie kraju.

Wilczyńska i wsp. wskazali, iż w 2011 r. wykonano w Polsce 4469 zabiegów na 1 mln mieszkańców, przy średniej dla UE w 2008 r. wynoszącej 7652 na 1 mln mieszkańców [7].

W latach 2011–2017 liczba świadczeń wykonywanych w Polsce wzrosła o 75% i w 2017 r. wyniosła 7836 zabiegów na 1 mln mieszkańców. Wynikało to m.in. ze wzrostu wartości kontraktów w analizowanym okresie: 4-procentowego wzrostu w 2016 r. i ponad 30-procentowego wzrostu w 2017 r. Jednakże należy podkreślić fakt niepełnej realizacji kontraktów w wysokości 5% ich wartości w 2017 r., co było efektem zwiększenia wartości umów dopiero na czwarty kwartał 2017 r., przez co placówki medyczne nie były w stanie zrealizować tak dużej liczby zabiegów w tak krótkim czasie.

Kolejka osób oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy rosła do czwartego kwartału 2016 r., aby na koniec 2017 r. spaść o ponad 40 tys. (w stosunku do stycznia 2015 r.). Mimo większych kontraktów, a zarazem zmniejszającej się kolejki oczekujących na terenie kraju nie zaobserwowano malejącej liczby pacjentów leczonych w ramach dyrektywy transgranicznej. Z analizowanych danych wynika, że licz-

ba składanych wniosków o refundację zabiegu usunięcia zaćmy wykonanego w ramach dyrektywy transgranicznej wzrosła o ponad 12 tys. Wyjeżdżający najczęściej wykonywali zabiegi w ośrodkach przygranicznych w Czechach, Niemczech, na Litwie i Słowacji (łącznie ponad 99,93% wyjeżdżających).

Innym ważnym aspektem finansowania terapii w ramach dyrektywy transgranicznej pozostaje temat jakości usług medycznych oferowanych pacjentom w placówkach zlokalizowanych poza granicami Polski. Zagadnienie to stanowi o tyle ważny głos w dyskusji, iż konsekwencje finansowe leczenia ewentualnych powikłań po zabiegu wykonanym w podmiocie zagranicznym świadczącym usługi medyczne w sposób, który nie jest objęty kontrolą polskich instytucji publicznych (m.in. Ministerstwa Zdrowia (MZ), NFZ czy Rzecznika Praw Pacjenta), poniesie płatnik publiczny, w tym przypadku NFZ. A zatem jak zauważają Grzybowski i wsp., kluczowe dla przejrzystości działania zapisów dyrektywy transgranicznej jest „określenie zasad odpowiedzialności za negatywne następstwa procesu terapeutycznego, w tym wystąpienie niepożądanych zdarzeń medycznych” [10].

Z analizy zarówno danych zawartych w niniejszym artykule, jak i innych publikacji na ten temat [11], wynika, że dostępność procedury należy definiować nie tylko czasem oczekiwania na zabieg, lecz także brakiem możliwości wszczęcia w ramach zabiegu usunięcia zaćmy wykonanego w Polsce różnych rodzajów soczewek wewnątrzgałkowych, w tym umożliwiających jednoczesną korekcję astygmatyzmu. Wycena świadczenia usunięcia zaćmy w Polsce w latach 2015–2017 oraz przepisy prawa uniemożliwiające pobieranie przez polskie placówki dopłat od chorych do wyższej jakości soczewki w ramach świadczenia finansowanego ze środków publicznych w praktyce uniemożliwiały zastosowanie u polskiego pacjenta soczewek korygujących astygmatyzm lub prezbiopię. Tymczasem osoby poddające się zabiegowi usunięcia zaćmy w innym kraju niż Polska miały możliwość dopłaty do soczewki torycznej lub wieloogniskowej.

Należy podkreślić, że od czwartego kwartału 2017 r. płatnik publiczny deklaruje systematyczne zwiększanie poziomu finansowania zabiegów usunięcia zaćmy. Co więcej, od lipca 2018 r. do systemu refundacji ze środków publicznych w Polsce została wprowadzona możliwość zastosowania soczewki torycznej [5].

W Polsce w przepisach wskazano świadczenia, do których refundacji jest wymagana wcześniejsza zgoda NFZ [6]. Zabiegi chirurgiczne wykonywane w trybie dziennym nie są traktowane jako pobyty w szpitalu, dlatego też wcześniejsza zgoda płatnika publicznego na wykonanie zabiegu usunięcia zaćmy w trybie jednego dnia nie jest w tym przypadku konieczna [6]. Jednakże już na poziomie wewnętrznych regulacji zarówno MZ, jak i NFZ wprowadziły wiele formal-

nych utrudnień, których celem było zniechęcanie chorych do wykonywania zabiegów poza terenem Polski. Kowalska-Bobko i wsp. podkreślali problemy związane ze stosowaniem dyrektywy transgranicznej w praktyce [12]. Wskazali, że Polska należy do grupy 14 z 26 krajów UE, które w przepisach implementujących dyrektywę wymieniły świadczenia, na które pacjent musi uzyskać zgodę płatnika publicznego jeszcze przed wykonaniem świadczenia [12].

Aby zniechęcić chorych do wykonania zabiegu usunięcia zaćmy poza Polską, zdecydowano się obniżyć stawkę refundacji za te operacje, przyjmując jako wartość refundacji uśredniony poziom kosztu opisywanego świadczenia w Polsce. Uwzględnienie w wyliczeniu średniej wartości refundacji, w praktyce zaniżonej poprzez poziom refundacji dokonywanej na rzecz podmiotów prywatnych, zaowocowało obniżeniem kwoty refundowanej pacjentom w ramach dyrektywy. Wytworzenie różnicy między kosztami leczenia za granicą a wartością faktycznej refundacji przez NFZ było według Azzopardi-Muscat i wsp. jednym z pomysłów na zmniejszenie liczby wyjeżdżających poza teren Polski [13]. W ramach kampanii społecznych organizacje wspierające chorych krzewią świadomość społeczną na temat praw polskich pacjentów wynikających z przepisów dyrektywy transgranicznej. Działalność organizacji społecznych podejmujących temat edukacji chorych wydaje się merytorycznie uzasadniona. Grzybowski i wsp. [14] zwracają uwagę, iż utrudniony dostęp do leczenia zaćmy w Polsce to nie tylko ryzyko zdrowotne dla pacjenta, lecz także koszt społeczny wyrażony liczbą dni absencji chorobowej z tytułu zaćmy. Zagadnienie staje się tym bardziej ciekawe, gdy weźmiemy pod uwagę, że stan bezrobocia na koniec lipca 2018 r. w Polsce był na niskim poziomie i wynosił 961,8 tys. osób (5,9%). Gdy na zabieg czeka 500 tys. osób, czas oczekiwania ma istotne znaczenie. Wydaje się zatem naturalne, iż osoby zagrożone utratą zdolności widzenia w wyniku zaćmy poszukują ratunku poza granicami kraju. Kolejnym krokiem mającym na celu zatrzymanie pacjentów w Polsce było zniesienie 1 kwietnia 2019 r. limitów w kontraktach z NFZ na wykonywanie zabiegu usunięcia zaćmy, co

w opinii MZ i NFZ znacząco zmniejszyło kolejki do świadczenia [5]. Zmieniające się podejście płatnika publicznego do tematu szeroko pojętej dostępności do tej grupy zabiegów na terenie kraju, przekładające się na zakres stosowania dyrektywy transgranicznej, wskazuje na zasadność dalszego badania danych w tym zakresie. Dlatego też autorzy planują dokonać analizy okresu 2018–2020 r. w ramach kolejnego artykułu.

## PODSUMOWANIE

Na podstawie przeprowadzonej analizy można sformułować następujące wnioski:

1. W analizowanym okresie zmniejszyła się liczba pacjentów oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy na terenie Polski, szczególnie w 2017 r.
2. Z uwagi na rosnącą liczbę wniosków o refundację zabiegu poza granicami kraju składanych przez polskich pacjentów NFZ zdecydował o przeznaczeniu dodatkowych środków na leczenie zaćmy na terenie Polski, poprawiając dostępność zabiegów usunięcia zaćmy.
3. W 2017 r. zaobserwowano znaczące zwiększenie kontraktów na wykonywanie zabiegów usunięcia zaćmy w Polsce, któremu towarzyszyło niepełne ich wykonanie (w wysokości 5% ich wartości). Powyższe może świadczyć o braku właściwego przygotowania placówek medycznych (lub samych pacjentów) do wykonania zabiegu w terminie wcześniejszym niż pierwotnie wyznaczony.
4. Znaczący wzrost kontraktów w 2017 r. oraz zmniejszenie liczby oczekujących nie wpłynęły na obniżenie liczby składanych wniosków o refundację zabiegu usunięcia zaćmy poza granicami kraju. W tym okresie nastąpiło dalsze nasilenie tego zjawiska, czego efektem był wzrost wydatków płatnika publicznego na realizację zapisów dyrektywy transgranicznej.

*Źródło rycin: Wszystkie ryciny pochodzą z materiałów własnych autorów.*

### ADRES DO KORESPONDENCJI

**dr n. o zdr. Michał Chrobot**

Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych  
25-734 Kielce, ul. Stefana Artwińskiego 3  
tel.: 533 847 641  
e-mail: mchrobot@wp.pl

### ORCID

Michał Chrobot – ID – <http://orcid.org/0000-0003-3242-4679>  
Arnold Maciejewski – ID – <http://orcid.org/0000-0001-5301-0075>  
Kamila Kocańda – ID – <http://orcid.org/0000-0002-0598-2002>  
Agnieszka Strzelecka – ID – <http://orcid.org/0000-0002-4182-2268>



## Piśmiennictwo

1. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Journal of Laws UE L88, 4.04.2011.
2. Ustawa z 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2014 r. poz. 1491).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 4 listopada 2014 r. w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju (Dz.U. 2014 r. poz. 1538).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 4 listopada 2014 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz.U. 2014 r. poz. 1551).
5. [www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz](http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 4 listopada 2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz.U. 2014 r. poz. 1545).
7. Wilczyńska J, Bogusławski S, Plisko R. Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa. PEX PharmaSequence Sp. z o.o. Warszawa, Kraków 2012. [www.pexps.pl/files/upload/files/Leczenie-zacmy.pdf](http://www.pexps.pl/files/upload/files/Leczenie-zacmy.pdf).
8. Barros P, Barry M, Brouwer W et al. Access to health services in the European Union. European Commission. 2016. [https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/015\\_access\\_healthservices\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf).
9. Karkowska D. Karta praw pacjenta z zaćmą. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej 2019. <http://ippep.pl/wp-content/uploads/2019/09/Karta-praw-pacjenta-z-zacma.pdf>.
10. Grzybowski A, Maciejewski A, Zajdel J. Koszty i zagrożenia związane z operacjami zaćmy finansowanymi w ramach tzw. dyrektywy transgranicznej. *OphthaTherapy*. 2016; 3(3): 218-23.
11. Grzybowski A, Maciejewski A. Wzrost liczby operacji usunięcia zaćmy wykonywanych w ramach dyrektywy transgranicznej z 2016 r. *OphthaTherapy*. 2017; 4(1): 10-4.
12. Kowalska-Bobko I, Mokrzycka A, Sagan A et al. Implementation of the cross-border healthcare directive in Poland: How not to encourage patients to seek care abroad? *Health Policy*. 2016; 120: 1233-9.
13. Azzopardi-Muscat N, Baeten R, Clemens T et al. The role of the 2011 patients' rights in cross-border health care directive in shaping seven national health systems: Looking beyond patient mobility. *Health Policy*. 2018; 122: 279-83.
14. Grzybowski A, Maciejewski A. Koszty społeczne odroczonego terminu zabiegu usunięcia zaćmy z jednoczesnym wszczęciem soczewki. *OphthaTherapy*. 2016; 3(1): 53-8.

### Wkład autorów:

Michał Chrobot: zasadniczy wkład w koncepcję i projekt pracy (35%), zebranie danych i interpretacja (30%), analiza statystyczna i przygotowanie wyników badań do analizy (30%), krytyczne zrecenzowanie pod kątem istotnej zawartości intelektualnej (40%), zebranie piśmiennictwa (20%), akceptacja ostatecznej wersji do opublikowania (25%); Arnold Maciejewski: zasadniczy wkład w koncepcję i projekt pracy (25%), zebranie danych i interpretacja (30%), analiza statystyczna i przygotowanie wyników badań do analizy (10%), krytyczne zrecenzowanie pod kątem istotnej zawartości intelektualnej (10%), zebranie piśmiennictwa (20%), akceptacja ostatecznej wersji do opublikowania (25%); Kamila Kocańda: zasadniczy wkład w koncepcję i projekt pracy (10%), zebranie danych i interpretacja (10%), analiza statystyczna i przygotowanie wyników badań do analizy (10%), krytyczne zrecenzowanie pod kątem istotnej zawartości intelektualnej (10%), zebranie piśmiennictwa (40%), akceptacja ostatecznej wersji do opublikowania (25%); Agnieszka Strzelecka: zasadniczy wkład w koncepcję i projekt pracy (30%), zebranie danych i interpretacja (30%) analiza statystyczna i przygotowanie wyników badań do analizy (50%), krytyczne zrecenzowanie pod kątem istotnej zawartości intelektualnej (40%), zebranie piśmiennictwa (20%), akceptacja ostatecznej wersji do opublikowania (25%).

### Konflikt interesów:

Nie występuje.

### Finansowanie:

Nie występuje.

### Etyka:

Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

### Authors' contributions:

Michał Chrobot: devising the project and the main conceptual ideas (35%), data's collecting and interpretation (30%), statistical analysis and preparation the research results for analysis (30%), critical review (40%), collecting of the references (20%), acceptance of the final version (25%); Arnold Maciejewski: devising the project and the main conceptual ideas (25%), data's collecting and interpretation (30%), statistical analysis and preparation the research results for analysis (10%), critical review (10%), collecting of the references (20%), acceptance of the final version (25%); Kamila Kocańda: devising the project and the main conceptual ideas (10%), data's collecting and interpretation (10%), statistical analysis and preparation the research results for analysis (10%), critical review (10%), collecting of the references (40%), acceptance of the final version (25%); Agnieszka Strzelecka: devising the project and the main conceptual ideas (30%), data's collecting and interpretation (30%), statistical analysis and preparation the research results for analysis (50%), critical review (40%), collecting of the references (20%), acceptance of the final version (25%).

### Conflict of interest:

None.

### Financial support:

None.

### Ethics:

The content presented in the article complies with the principles of the Helsinki Declaration, EU directives and harmonized requirements for biomedical journals.