Warszawa, 11 lutego 2021 r.

CML/0058/02/2021/BO/BR

Pan
Roman Topór-Mądry
Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Uwagi dotyczące Raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.521.10.2017 pt. Świadczenia gwarantowane obejmujące hospitalizacje do chemio- i radioterapii

Szanowny Panie Prezesie,

1. Raport dotyczący bardzo istotnych aspektów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej nie zawiera informacji o tym kto jest jego autorem.
2. W Raporcie autorzy nie dokonali jakiejkolwiek oceny merytorycznej scenariusza „zakwaterowania do chemioterapii". Wprowadzenie takiego wariantu świadczenia hospitalizacji do chemioterapii było w przeszłości efektem urzędniczego błędu popełnionego w momencie wprowadzania „zakwaterowania do radioterapii". Umieszczenie pacjenta wymagającego wielodniowego schematu chemioterapii w hotelu nawet z zastrzeżeniem zapewnienia mu, możliwego w takim miejscu, nadzoru medycznego przez świadczeniodawcę jest absurdalnym pomysłem narażającym zarówno pacjenta jak i personel podmiotu leczniczego na liczne ryzyka zdrowotne i formalno-prawne w sytuacji wystąpienia działań niepożądanych terapii lub nagłego pogorszenia stanu ogólnego pacjenta wymagającego pilnej interwencji. Realizacja pobytów do chemioterapii realizowanych w scenariuszu „zakwaterowanie" wymaga raczej usunięcia z „koszyka świadczeń gwarantowanych" i taka rekomendacja powinna być jednym z efektów obecnego Raportu.
3. Bezsensownym a wręcz szkodliwym jest pomysł stworzenia nowych zasad refundacji hospitalizacji jednodniowych w celu zastosowania chemioterapii. Nazywanie pobytów dziennych hospitalizacjami jest generalnie złym pomysłem ponieważ stawia Polskę w złym świetle przy globalnych porównaniach trybu i zasad leczenia onkologicznego w stosunku do krajów Zachodniej Europy czy USA. „Daily Chemo" to w nowoczesnych systemach leczenie ambulatoryjne a w Polsce szpitalne. Oczywiście terminologia nie jest kluczowa ale ten raport mógłby być początkiem rzetelnej dyskusji w tej sprawie. Niepodważalnie bez względu na nazewnictwo głównym i najważniejszym aspektem jest prawidłowa i rzetelna wycena świadczeń – ustawowy obowiązek AOTMiT. W przypadku obecnego raportu trudno niestety o pozytywną ocenę efektów pracy jego autorów. Pomysł tworzenia odrębnych produktów rozliczeniowych dla jednodniowych pobytów do 6 godzin oraz powyżej 6 godzin jest pozbawione sensu i kłóci się z podstawową, obowiązującą obecnie definicją hospitalizacji jednodniowej –

czyli takiej, gdy intencją w chwili przyjęcia pacjenta jest wypis ze szpitala przed upływem 24 godzin (a więc nie koniecznie tego samego dnia). Autorzy nie uzasadnili niczym koncepcji, aby to właśnie 6 a nie 4 lub 12 godzin miało być progiem różnicującym koszty. Tworzenie odrębnych produktów poniżej 6 i powyżej 6 godzin rodzi wiele poważnych, negatywnych skutków:

a) Brak danych o godzinie początku i końca takiej hospitalizacji (w obecnym stanie prawnym dot. komunikatów XML – ŚWIAD) uniemożliwia jakąkolwiek weryfikację prawidłowości stosowania poszczególnych produktów rozliczeniowych.
b) Weryfikacja prawidłowość rozliczeń wymusi prowadzenie setek a może i tysięcy czynności sprawdzających w siedzibie podmiotu wykonywanych przez Korpus Kontrolny NFZ.
c) Pacjenci będą przetrzymywani w placówce aby pobyt wydłużył się ponad 6 godzin w celu uzyskania większej refundacji. Przy konieczności pobrania krwi do badań laboratoryjnych przed zastosowaniem chemioterapii, nieznanym czasie oczekiwania na wyniki opracowane w laboratorium, potrzebie weryfikacji wyników badań przez lekarza i podjęcia decyzji o podaniu planowanej terapii, wystawieniu zlecenia lekarskiego na chemioterapię, czasie oczekiwania na przygotowanie wlewu lub iniekcji leku przez farmaceutów w Pracowni Leku Cytostatycznego na terenie Apteki Szpitalnej, czasie niezbędnym na nawodnienie, podanie premedykacji, przetoczenie leku zgodnie z CHPL tych produktów leczniczych oraz obserwację niezbędną po zakończeniu wlewu/iniekcji kontrolerzy nie będą dysponowali praktycznie żadnymi kompetencjami i możliwościami zakwestionowania długości pobytu.

4. Analiza struktury kosztów hospitalizacji do chemioterapii potraktowana została bardzo pobieżnie. Ograniczenie się do wyliczenia pozycji kosztowych „potencjalnie analizowanych" nie wskazuje na rzetelność autorów. Świadczy o tym brak jakichkolwiek śladów uwzględnienia lub choćby tylko zauważenia ogromnie ważnych i kosztowo znaczących pozycji jakimi są :

a) Koszty prowadzenia Pracowni Leku Cytostatycznego w ramach Apteki Szpitalnej, w której indywidualne dawki leku zgodnie z CHPL i Farmakopeą przygotowywane są przez magistrów farmacji w warunkach zgodnych z zapisami Prawa Farmaceutycznego. Takie wymagania generują ogromne wydatki na wynagrodzenia personelu, który na jednej zmianie musi się wielokrotnie rotować w trakcie pracy z toksycznymi substancjami, środki ochrony osobistej personelu (utylizowane przy każdym opuszczaniu pomieszczeń w których mieszane są leki), specjalistyczny sprzęt jednorazowy (dużo droższy niż powszechnie stosowane materiały niezbędne do przygotowania i podawania leków), stworzenie i konserwację infrastruktury Pracowni Leku Cytostatycznego (pomieszczenia o odpowiedniej klasie czystości powietrza, kaskada ciśnień, loże laminarne, wymieniane regularnie filtry HEPA, sprzątanie i utylizacja odpadów – dużo droższa niż w przypadku zwykłych odpadów medycznych).
b) Koszty strat technologicznych niewykorzystanych resztek leków z opakowań zbiorczych (w przypadku leków stosowanych zgodnie z CHPL w dawkach przeliczanych na kg masy ciała lub powierzchnię ciała w m2) sięgające w przypadku wielu podmiotów leczniczych setek tysięcy a nawet milionów złotych strat rocznie.

c) Koszty kredytowania przez podmiot leczniczy kosztów zakupu zastosowanych leków refundowanych w ramach chemioterapii – praktycznie wszystkie Oddziały Wojewódzkie NFZ nie dokonują zapłaty za substancje czynne na bieżąco z uwagi na trwające od wielu lat systemowe niedoszacowanie miesięcznych limitów w umowach oraz notoryczne nieprzestrzeganie przez Dyrektorów OW NFZ zapisów Zarządzeń Prezesa NFZ dot. chemioterapii, które nakładają obowiązek dostosowywania wartości umowy do faktycznego poziomu jej realizacji po każdym kwartale na wniosek świadczeniodawcy. Wnioski takie są regularnie odrzucane lub odkładane do realizacji w nieznanym czasie z uzasadnieniem braku środków finansowych dostępnych w planie OW NFZ lub przekroczeniem budżetu na refundację leków (maksymalnego procentowego udziału tych kosztów wynikającego z przepisów ustaw).

5. Proponowane zmiany wyceny hospitalizacji jednodniowych do chemioterapii należy uznać za błędne, oparte o nierzetelne analizy z pominięciem istotnych elementów. Ewentualne zwiększenie wyceny hospitalizacji jednodniowych powinno się odbyć bez wprowadzania nieuzasadnionego warunku czasu pobytu pacjenta powyżej 6 godzin.

Z wyrazami szacunku

Wiceprezydent Pracodawców RP

Dr Andrzej Mądrala