

**UWAGI do Raportu Taryfikacyjnego w sprawie ustalenia
taryfy świadczeń nr WT.5403.21.2021
Świadczenia gwarantowane związane z podaniem chemioterapii**

I. Analiza stanu faktycznego

W treści Raportu znajdujemy następujące stwierdzenia:

Wskazać należy, że świadczenia gwarantowane związane z podaniem chemioterapii objęte są współczynnikiem korygującym w wysokości 1,2. Do 31 marca 2021 r. współczynnik ten obejmował świadczenia realizowane przez szpitale:

- Ogólnopolskie,
- Onkologiczne,
- Pulmonologiczne,
- III stopnia, u których udział wartości sfinansowanych świadczeń onkologicznych, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, wyniósł co najmniej 40% wartości tych świadczeń sfinansowanych na terenie danego województwa.

Następnie został uchylony na mocy *Zarządzenia Nr 91/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2021 zmieniającego zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej*.

W obecnym kształcie omawiany współczynnik korygujący wysokości 1,2 obejmuje wszystkie objęte przedmiotowym raportem świadczenia gwarantowane związane z podaniem chemioterapii objęte są współczynnikiem – na mocy *Zarządzenia Nr 91/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 maja 2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii*.

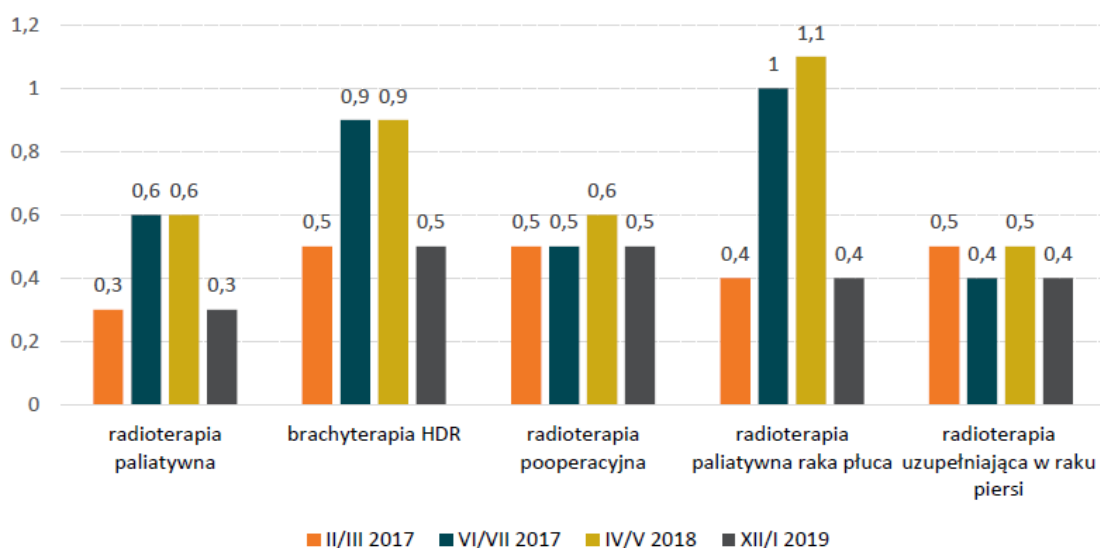
Uwaga:

Usunięcie współczynnika 1,2 nastąpiło w wyniku publikacji Zarządzenia nr 80/2021/DSOZ z dn. 30.04.2021 r.

II. Analiza popytu i podaży

W treści Raportu znajdujemy następujący wykres:

Czas oczekiwania na świadczenie (mc.)



Wykres 7. Zmiana czasu oczekiwania na wybrane świadczenia z zakresu radioterapii (źródło: Barometr WHC).

UWAGA:

Wykres nie ma żadnego związku z raportem.

III. Analiza ilości świadczeń

W treści Raportu znajdujemy następujące stwierdzenia:

Najwięcej produktów, które stanowią przedmiot Raportu, sprawozdano w 2019 r. w województwach: mazowieckim – 266 993; śląskim – 187 388 i wielkopolskim – 128 221. Najmniej, w opolskim – 20 123 i lubuskim – 29 941.

Jednakże po przeliczeniu na liczbę mieszkańców województwa¹ najwięcej świadczeń nadal udzielanych jest w województwie mazowieckim – 5 941, natomiast kolejne miejsca zajmują województwa lubelskie – 4 565, dolnośląskie – 4 393 oraz łódzkie – 4 321. Najmniej świadczeń w przeliczeniu na mieszkańca udzielanych jest w województwie opolskim – 2 040, małopolskim – 2 665 oraz lubuskim – 2 951. Szczegółowe informacje prezentują ryciny 1. i 2.

UWAGA:

Wyliczenia podane w treści Raportu (powyżej):

1. są błędne - w oparciu o cytowane dane GUS powinno być:
 - a) mazowieckie 4 923
 - b) śląskie 4 147
 - c) wielkopolskie 3 665 itd.
2. nie zgadzają się z danym na rycinie nr 2 (Mazowsze 4941 na rycinie versus 5 941 w tekście)



Rycina 2 Świadczenia ogółem według ośrodka prowadzącego leczenie w 2019 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Analiza danych ilościowych bez uwzględnienia migracji pacjentów pomiędzy województwami jest błędem. Podawanie ilości świadczeń w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców nie wnosi żadnej wiedzy merytorycznej. Eksperti ochrony zdrowia mają świadomość, że pacjenci z województwa opolskiego migrują w celu leczenia specjalistycznego do ośrodków klinicznych w województwach śląskim i dolnośląskim. Podobnie dodatni bilans migracyjny odnotowują także województwa: mazowieckie, małopolskie, wielkopolskie, pomorskie, kujawsko-pomorskie.

IV. Analiza struktury świadczeń

Na str. 29 Raportu autorzy ocenili strukturę udzielanych świadczeń i stwierdzili, że jest ona zaburzona i niezgodna z modelem oczekiwanym – tzw. „odwrócona piramida”.

W odniesieniu do trybu realizacji świadczenia zaprezentowanego na rycinie 4, w ujęciu globalnym, większość realizowana jest w trybie hospitalizacji całodobowej (stacjonarnej) – 55,59%. Tryb jednodniowy odpowiada za 32,25% realizacji omawianych świadczeń natomiast tryb ambulatoryjny jedynie za 12,27%. Dane te wskazują na odwróconą piramidę oczekiwaną struktury świadczeń.

Jednocześnie analizując systemy zagraniczne autorzy na stronie 35 wskazali:

Systemy opieki onkologicznej muszą sprostać zadaniu dostarczenia wysokiej jakości świadczeń przy jednoczesnym efektywnym wykorzystaniu ograniczonych środków finansowych przeznaczonych na leczenie. W odpowiedzi na to wyzwanie w analizowanych krajach europejskich stworzono wiele mechanizmów, które mają na celu poprawę efektywności leczenia. Należą do nich m.in.:

1. optymalizacja kosztów leczenia poprzez częściowe **zastąpienie leczenia szpitalnego opieką ambulatoryjną, dzienną i domową** – Norwegia, Anglia (udział leczenia szpitalnego w wydatkach na opiekę onkologiczną w tych krajach to odpowiednio 59% i 58%);

Dane te przeczą tezie o nieprawidłowym modelu leczenia onkologicznego w Polsce. Należy tu podkreślić, że świadczenia realizowane w Polsce w trybie jednodniowym w systemach innych krajów kwalifikowane są jako leczenie ambulatoryjne, gdyż pacjent nie pozostaje na noc w szpitalu. Niestety po raz kolejny analitycy AOTMiT przemilczeli te fakty a jedynie ponownie błędnie ocenili sytuację w naszym kraju:

Pomimo panujących w Europie i na świecie trendów związanych z przesuwaniem fokusu świadczeń z leczenia szpitalnego do opieki ambulatoryjnej, w Polsce utrzymuje się niekorzystna struktura kosztów świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków NFZ, z ponad 50% udziałem kosztów leczenia szpitalnego. W latach 2010–2017 nastąpił wzrost udziału tego rodzaju leczenia, które jest najdroższe, w kosztach świadczeń o 3,17 punktu procentowego. Świadczy to o niedostatecznej roli ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz zbyt częstym diagnozowaniu i leczeniu pacjentów w trybie hospitalizacji.

Gdyby bezkrytycznie czytać treść raportu (str. 4) to należałoby uznać, że 100% świadczeń dotyczących chemioterapii to „hospitalizacje” – poniżej cytaty z Raportu

identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia:

- 5.08.05.0000170 – hospitalizacja hematologiczna u dorosłych/zakwaterowanie
- 5.08.05.0000171 – hospitalizacja onkologiczna u dorosłych/zakwaterowanie
- 5.08.05.0000174 – hospitalizacja hematoonkologiczna u dzieci/zakwaterowanie
- 5.08.05.0000175 – hospitalizacja jednego dnia związana z podaniem leku z katalogu 1n część A
- 5.08.05.0000176 – hospitalizacja jednego dnia w pozostałych przypadkach
- 5.08.05.0000172 – kompleksowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii
- 5.08.05.0000173 – podstawowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii.

zwane dalej: hospitalizacjami do chemioterapii.

Tabela 14 Wydatki na opiekę onkologiczną w poszczególnych kategoriach jako % całkowitych wydatków na onkologię

| Kraj | Leczenie szpitalne [%] | Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna [%] | Inne kategorie [%] | Łącznie [%] |
|---------------------------|------------------------|--|--------------------|-------------|
| Polska | 85 | 6 | 9 | 100 |
| Wielka Brytania | 58 | 13 | 29 | 100 |
| Norwegia | 59 | 15 | 26 | 100 |
| Francja | 74 | 3 | 23 | 100 |
| Czechy | 66 | 13 | 21 | 100 |
| Stany Zjednoczone Ameryki | 42 | 44 | 14 | 100 |

Źródło: Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach; Raport opracowany przez EY na zlecenie Fundacji Onkologia 2025; 2014;

Dane przedstawione w tabeli powyżej (cytowane z raportu EY) są wynikiem stosowanej wadliwej terminologii i uznania leczenia w trybie jednodniowym do hospitalizacji. Cytując ww. tabelę eksperci

AOTMiT nie wyjaśnili jej zawartości – nie wiemy co oznaczają dane w kolumnie „inne kategorie” co przekreśla możliwość prawidłowej interpretacji. Gdyby zgodnie z informacjami Raportu 32,25% świadczeń zrealizowanych w 2019 r. w trybie jednodniowym zaliczyć do kategorii „inne” to w Polsce mielibyśmy podobną strukturę do wskazywanych jako modelowe krajów takich jak Wielka Brytania czy Norwegia.

V. Analiza elementów kosztowych uwzględnionych w Raporcie taryfikacyjnym

1. Koszty pobytu w Oddziale szpitalnym – doba hotelowa

Autorzy Raportu oparli „wycenę” (81 zł za dobę) o oferty Domów Studenckich. Już sam fakt użycia takiego bench-marku świadczy o jakości dokonanej analizy. Jaki poziom wiedzy merytorycznej pozwala na uznanie, że koszt dobowego pobytu chorego w oddziale szpitalnym odpowiada hostelowi studenckiemu ?? Należy podkreślić, że wymagania sanitarne określone w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia wobec oddziałów szpitalnych nie pozwoliłyby zorganizować świadczeń szpitalnych w żadnym – nawet najbardziej luksusowym hotelu nie mówiąc już o Domu Studenta. Dostęp do gazów medycznych, węzłów sanitarnych w każdej sali, toalet dla niepełnosprawnych, izolatek, koszty utrzymania czystości wg reżimu sanitarnego, koszt wyposażenia oddziału szpitalnego i serwisowania instalacji oraz sprzętu, wymaganie posiadania zapasowego własnego zasilania w energię elektryczną, wymaganie posiadania zapasowych zbiorników wody, drastyczne koszty utylizacji odpadów medycznych, konieczność zapewnienia transportu sanitarnego i wiele innych drastycznych różnic jak widać nie wywołują u autorów Raportu żadnej refleksji i pozwalają na uznanie kosztów Domu Studenta jako właściwy parametr w taryfikacji świadczeń w polskim systemie ochrony zdrowia. Trudno tu o komentarz poza jednym – takie elementy Raportu dobitnie zaprzeczają jego profesjonalizmowi.

2. Koszty leków nie podlegających refundacji.

Należy pamiętać, że w trakcie hospitalizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami szpital ma obowiązek zapewnić pacjentowi wszystkie niezbędne mu leki i wyroby medyczne. W przypadku leków dotyczy to także preparatów przewlekłe przyjmowanych przez chorego. W trakcie chemioterapii do kosztu leków (poza tymi które pacjent przyjmuje przewlekłe) należy zaliczyć :

- # preparaty stosowane w premedykacji (sterydy, leki przeciwhistaminowe, blokery pompy protonowej),
- # płyny infuzyjne,
- # elektrolity,
- # leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe,
- # antybiotyki, etc.

Szacowane w Raporcie koszty tych leków na poziomie 17 zł dla hospitalizacji jednodniowej czy 21 zł dla hospitalizacji wielodniowej u dorosłych nie tylko nie odzwierciedlają realnych kosztów a jeszcze są w jaskrawej sprzeczności z wielokrotnie wyższą wyceną tej samej grupy kosztów w przypadku hospitalizacji u dzieci na poziomie 115 zł, która to suma jest zapewne bliska realnym średnim kosztom w obu grupach wiekowych.

3. Koszty wyrobów medycznych

Z dość tajemniczych powodów wg autorów raportu koszt wyrobów medycznych ponoszony w trakcie całodobowego pobytu pacjenta w ramach hospitalizacji wielodniowej do chemioterapii

(38 zł) jest niższy niż w przypadku hospitalizacji jednodniowej oraz ponad dwukrotnie mniejszy niż w przypadku takiej samej wielodniowej hospitalizacji ale u dziecka. Podobnie zadziwiający i pozbawiony sensu jest fakt wyższych kosztów wyrobów medycznych w trakcie chemioterapii jednodniowej bez podania cytostatyków (65 zł) w stosunku do epizodów jednodniowych z zastosowaniem substancji czynnych z części A katalogu leków (53 zł). Fakt pozyskania przez AOTMiT wątpliwej jakości danych kosztowych nie może być uzasadnieniem dla umieszczania w Raporcie oczywistych logicznych błędów.

4. Koszty procedur

W Raporcie nie określono co autorzy uznali za generujące koszty procedury medyczne a jedynie zaznaczyli, których danych nie uwzględnili w analizie z uwagi na fakt ich odrębnego finansowania (preparaty krwiopochodne, implantacje portów naczyniowych, żywienie pozajelitowe etc.). Z punktu widzenia świadczeniodawcy procedurami są: badania laboratoryjne i obrazowe (RTG, USG, ECHO serca), badania EKG, porady psychologiczne (obowiązkowe w świetle Ropozrządzeń MZ), porady dietetyczne, zabiegi fizjoterapeutyczne, transport sanitarny, konsultacje specjalistyczne w trakcie pobytu w szpitalu (neurolog, psychiatra, kardiolog, etc). W świetle tak bogatej listy kosztów uznanie przez autorów Raportu, że średni, dzienny koszt ww. procedur w ramach wielodniowej hospitalizacji hematooonkologicznej lub onkologicznej wynosi odpowiednio 13 lub 16 zł jest kolejnym potwierdzeniem oderwania analizy od realiów udzielania świadczeń. Taka ocenę potwierdza także fakt uznania, że koszty procedur w przypadku trwającej np. 30 minut kompleksowej porady ambulatoryjnej wynoszą 46 zł a więc 3 razy więcej niż w trakcie 24 godzinnego pobytu pacjenta w szpitalu.

5. Amortyzacja

W treści Raportu znajdujemy następujące stwierdzenia:

Koszty amortyzacji zostały skalkulowane jako średnia dla danego ośrodka powstawania kosztów identyfikowanego właściwym kodem resortowym w roku 2019, dla środków trwałych innych niż budynki. W kolejnym kroku stawki te zważono udziałem realizacji danego świadczenia w komórkach

Autorzy Raportu uznali, że infrastruktura szpitalna (budynki, instalacje gazów medycznych, zasilanie awaryjne, windy, oświetlenie etc.) nie zasługuje na amortyzację a więc nie wymaga remontów, serwisu, wymian. Wykluczenie tych kosztów z analizy jest kolejnym ewidentnym błędem merytorycznym podważającym rzetelność Raportu i musi budzić uzasadniony sprzeciw. Uwzględnienie tylko amortyzacji środków trwałych pomija co do zasady wszystkie koszty związane ze sprzętem o wartości jednostkowej poniżej 3 500 zł. Takie wykluczenia są źródłem systemowego niszczenia logiki funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Dodatkowo zadziwiające są dane wskazane przez autorów Raportu – amortyzacja należna trwającej 30 minut kompleksowej poradzie ambulatoryjnej wynosi 44 zł i jest dwukrotnie wyższa od wyliczeń kosztów amortyzacji dla całodobowych hospitalizacji hematooonkologicznej i onkologicznej (odpowiednio 23 i 19 zł)

6. Przygotowanie cytostatyków (taxa laborum)

W treści Raportu znajdujemy następujące stwierdzenia:

Koszty indywidualnego przygotowania cytostatyków w pracowni cytostatycznej oszacowano w oparciu o wynagrodzenia farmaceutów, z uwzględnieniem wytycznych dotyczących czasu pracy w łóży w boksach aseptycznych – 2 godziny z przerwą 30 minut i założenia, że łączny czas pracy w warunkach aseptycznych nie powinien przekraczać 5 godzin dziennie. Powyższe koszty nie zostały uwzględnione w produktach: *podstawowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii (5.08.05.0000173)* oraz *hospitalizacja jednego dnia w pozostałych przypadkach (5.08.05.0000176)*, ze względu na brak konieczności przygotowania cytostatyków w realizacji świadczeń w tych produktach lub ich znikomy udział.

Uwzględnienie tych kosztów stanowi próbę implementacji propozycji środowiska onkologów i farmaceutów szpitalnych, tzw. *taxy laborum* – opłaty ryczałtowej za usługę farmaceutyczną polegającą na przygotowaniu leku), której wysokość docelowo może zostać uzależniona od spełnienia określonych wymagań przy przygotowywaniu leków cytostatycznych w dawkach indywidualnych.

Indywidualne dawki leków cytostatycznych, jak zauważyli autorzy Raportu, przygotowywane są bardzo specjalistycznych warunkach infrastrukturalnych (Pracownia z systemem kaskady ciśnień, służami dla personelu, służami podawczymi dla leków i wyrobów medycznych, łóżami laminarnymi wyposażonymi w specjalistyczne systemy filtracji powietrza etc.) przy wykorzystaniu specjalistycznych wyrobów medycznych (środki ochrony osobistej, systemy pobierania i precyzyjnego odmierzania dawki leku, dedykowane systemy informatyczne itd.). Zgodnie z przepisami indywidualne dawki leków przygotowują farmaceuci przeszkoleni dodatkowo do pracy w tak specjalistycznych warunkach. Jednocześnie w procesie przygotowania preparatów uczestniczy co najmniej dwóch farmaceutów, którzy rotują się co 2 godziny + 30 minutowa przerwa. Przy założeniu wynagrodzenia jednego farmaceuty 50 zł/godz (brutto-brutto) koszt pracy jednego minimalnego zespołu (2 farmaceutów) na zmianie wynosi 700 zł (w tym 7,35 godzin łącznie pracy w warunkach aseptycznych). Proces przygotowania cytostatyku obejmuje rozpuszczanie leku, odmierzanie dawki, rekonstrukcja leku w odpowiedniej ilości dedykowanego płynu infuzyjnego, odnotowanie czynności w systemie informatycznym i powiązanie z odpowiednimi pozycjami na fakturach zakupowych, wydrukowanie indywidualnej etykiety, prawidłowe oznakowanie preparatu, wydanie jego przez specjalną służę podawczą, utylizacja pustych opakowań, zużytych wyrobów medycznych i niewykorzystanych resztek leków. W związku z tym średnia wydajność pracy zespołu na jednej zmianie to ok. 35-40 dawek indywidualnych wskazana przez autorów Raportu taxa w wysokości 17 zł za całodobową usługę dla pacjenta nie pokrywa więc nawet kosztów personalnych szczególnie w sytuacji, gdy pacjent otrzymuje w ciągu doby więcej niż jedną dawkę cytostatyków (częste przypadki wielolekowej terapii wg określonego schematu). Należy zauważyć, że wynagrodzenie tych dwóch farmaceutów nie wyczerpuje kosztów osobowych Apteki Szpitalnej związanych z przygotowaniem cytostatyków – w procesie tym uczestniczą osoby, które w tym samym czasie dokonują zamówień w hurtowniach, prowadzą ewidencję dokumentów i ich sprawozdania do NFZ (faktury zakupowe), przyjmują towar do magazynu, monitorują warunki przechowywania produktów termolabilnych, prowadzą specjalistyczną dokumentację określoną w Pawie Farmaceutycznym oraz raportują w systemie ZSMOPL. Przedstawiona w Raporcie wycena nie daje szansy na pokrycie także innych, niezbędnych kosztów generowanych w Pracowni Leku Cytostatycznego obejmujących:

- a) specjalistyczne środki ochrony osobistej,
- b) amortyzacji i serwisu systemów wentylacji i filtrowania pomieszczeń (m.in. filtry HEPA),
- c) specjalistycznych metod sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń aseptycznych,
- d) amortyzacji i utrzymania dedykowanych systemów informatycznych,

- e) dedykowanego jednorazowego osprzętu oraz amortyzacji i serwisu systemów do grawimetrycznego odmierzania ilości leku,
- f) utylizacji odpadów medycznych (z uwagi na zawartość resztek cytostatyków podlegają szczególnym zasadom odbioru i przetwarzania tych odpadów),
- g) strat technologicznych niewykorzystanych resztek leków, o których sami autorzy Raportu na stronie 37 napisali tak:

Chemioterapeuci zwracali również uwagę na straty leków stosowanych w chemioterapii. Podnoszono fakt, że w trakcie przygotowania leku w dawce indywidualnej oraz przy podaniu pacjentowi dochodzi do utraty części zakupionego leku. Refundacji podlega wyłącznie substancja czynna podana pacjentowi – różnica pomiędzy kosztem zakupu leku a refundacją faktycznie podanego leku jest stratą finansową.

Szacowany strata, w ramach całego systemu opieki zdrowotnej, może wynosić w przybliżeniu od 50 mln do 100 mln zł.

Jak widać ustalona przez AOTMiT wycena kosztów przygotowania cytostatyków (taxa laborum) nie odzwierciedla rzeczywistych kosztów i nie została przygotowana rzetelnie. Realne koszty prowadzenia Pracowni Leku Cytostatycznego w podmiocie specjalizującym się w leczeniu systemowym (zakwalifikowanym do PSZ w grupie szpitali onkologicznych) to kwota zależna od ilości farmaceutów jednocześnie przygotowujących indywidualne dawki cytostatyków waha się od 650 000 do 1 600 000 zł rocznie (uwzględniając ograniczane do minimum straty technologiczne resztek niewykorzystanych leków) co daje w przeliczeniu na dzienny koszt przygotowania indywidualnych dawek na pacjenta w wysokości ok. 100 zł co koreluje z obowiązującymi na rynku cenami takich usług dla szpitali, które nie mając własnej Pracowni Leku Cytostatycznego zlecają tego typu usługi podwykonawcy. Należy zauważyć, że koszty strat technologicznych niewykorzystanych resztek cytostatyków zależą wprost proporcjonalnie od rodzaju stosowanych preparatów (sposobu ich dawkowania i cen za opakowanie), które szczególnie w obszarze hematologii mogą być drastyczne.

7. Wynagrodzenia

W treści Raportu znajdujemy następującą tabelę dotyczącą kosztów wynagrodzeń personelu:

Tabela 20 Wysokości stawek wynagrodzenia za godzinę pracy w klastrach wynikających z danych finansowo-księgowych za rok 2019 oraz liczba etatów przyjętych w opracowaniu

| Klaster | Wynagrodzenia za godz. pracy | | Liczba etatów | |
|---|------------------------------|---------------------------|---------------|--------------------|
| | Lekarz | Pielęgniarka ⁴ | Lekarz | Pielęgniarka |
| Hospitalizacja związana z chemioterapią w warunkach hospitalizacji całodobowej | 98,43 | 50,12 | 5 | 0,6 etatu na łóżko |
| Hospitalizacja związana z chemioterapią w warunkach hospitalizacji całodobowej hematologicznej | 98,90 | 51,21 | 5 | 0,6 etatu na łóżko |
| Hospitalizacja związana z chemioterapią w warunkach hospitalizacji jednodniowej | 96,90 | 49,11 | 5 | 0,6 etatu na łóżko |
| Hospitalizacja związana z chemioterapią w warunkach hospitalizacji całodobowej hematologicznej dla dzieci | 81,70 | 50,20 | 5 | 0,8 etatu na łóżko |
| Ambulatorium | 100,09 | 43,75 | 4 | 15 |

Źródło: opracowanie własne

Taki model analizy potwierdza brak rzetelności autorów Raportu ponieważ koszty personelu obejmują nie tylko lekarzy i pielęgniarki ale także:

- a) opiekunów medycznych
- b) członków zespołu ds. zakażeń szpitalnych
- c) koordynatorów leczenia onkologicznego,

- d) sekretarki medyczne/asystentów medycznych
- e) statystyków medycznych/koderów
- f) onkopsychologów
- g) pracowników recepcji
- h) fizjoterapeutów
- i) salowych/serwisu sprząającego
- j) osób dystrybuujących posiłki
- k) personelu pomocniczego (sanitariusze, personel techniczny, ochrona, administratorzy i serwisanci systemów informatycznych)

VI. Analiza współczynników korygujących

Autorzy niezależnie od przeprowadzonych wyliczeń uznali za zasadne nadanie prawa do stosowania współczynnika korygującego 1,18 (zamiast obecnego 1,2) wybranej wg nowych zasad grupie podmiotów – zakwalifikowane jako ogólnopolskie oraz spełniających uznane dowolnie przez autorów Raportu kryteria „kompleksowości”.

W treści Raportu znajdujemy następujące stwierdzenia:

Zasadnym jest zastosowanie współczynnika korygującego w wysokości 1,18 umożliwiającego otrzymanie wyższej niż wskazane powyżej refundacji przez Ośrodki kompleksowe, tj. podmioty skalsyfikowane w PSZ jako Ogólnopolskie lub leczące pacjentów w następujących zakresach świadczeń, zgodnych z nomenklaturą i rozszerzeniami stosowanymi przez NFZ:

- Chirurgia onkologiczna,
- Chemioterapia,
- Radioterapia.

Współczynnik ten zastąpi dotychczas stosowany mnożnik, określony przez NFZ, w wysokości 1,2.

Należy podkreślić, że z nieznanых przyczyn autorzy Raportu wykluczyli z grona uprawnionych podmiotów szpitale zakwalifikowane do PSZ do kategorii „Onkologiczne i pulmonologiczne” które w zgodnie z intencjami autorów zasad kwalifikacji do sieci szpitali musiały wykazać się odpowiednią kompleksowością prowadzonej diagnostyki i leczenia. Teraz po prawie pięciu latach funkcjonowania sieci szpitali autorzy Raportu wprowadzają własne zasady mające negatywny wpływ na świadczeniodawców specjalizujących się w leczeniu onkologicznym.

Należy podkreślić, że uprawnienie kryterium „kompleksowości” oparte o fakt realizacji przez świadczeniodawcę leczenia w ramach :

chirurgii onkologicznej

chemioterapii

radioterapii

nie posiada żadnych podstaw prawnych i obarczone jest wieloma wadami formalnymi z uwagi na uznaniowość. Co więcej należy podkreślić, że od wielu lat działania Ministerstwa Zdrowia oraz NFZ były jednoznacznie nakierowane na blokowanie powstawania nowych ośrodków radioterapii – przykładami są ośrodki w Otwocku, Katowicach, Zgorzelcu, Dąbrowie Górniczej itd. Paradoksalnie obecnie brak realizacji świadczeń w tym zakresie staje się kryterium wykluczającym kompleksowość niezależnie od skali i jakości prowadzonej działalności w obszarze onkologii.

VII. Analiza skutków finansowych nowych taryf

W związku z faktem, że aktualnie zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 91/2021/DGL uprawnienia do stosowania współczynnika 1,2 mają wszystkie podmioty realizujące świadczenia w zakresie chemioterapii poniżej przedstawiamy pominiętą w Raporcie analizę skutków finansowych „nowych taryf” dla podmiotów, które stracą prawo do stosowania współczynników korygujących (w szczególności tych, które zakwalifikowano do PSZ jako onkologiczne a nie spełniają wymyślonych ad hoc w AOTMiT kryteriów kompleksowości):

| kod produktu | nazwa produktu | obecna taryfa (a) | Obecna taryfa + współczynnik 1,2 (b) | Nowa wycena (c) | różnica (c-b) | komentarz |
|-----------------|---|-------------------|--------------------------------------|-----------------|---------------|--|
| 5.08.05.0000170 | hospitalizacja hematologiczna u dorosłych / zakwaterowanie | 668.43 | 802.12 | 686 | -116.12 | podstawowy produkt |
| 5.08.05.0000171 | hospitalizacja onkologiczna u dorosłych / zakwaterowanie | 557.02 | 668.42 | 557 | -111.42 | podstawowy produkt |
| 5.08.05.0000172 | kompleksowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii | 167.11 | 200.53 | 313 | 112.47 | wg nowych reguł możliwa do realizacji sporadycznie |
| 5.08.05.0000173 | podstawowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii | 111.40 | 133.68 | 181 | 47.32 | podstawowy produkt |
| 5.08.05.0000174 | hospitalizacja hematologiczna u dzieci / zakwaterowanie | 891.24 | 1 069.49 | 891 | -178.49 | produkt dla kilku podmiotów w Polsce |
| 5.08.05.0000175 | hospitalizacja jednego dnia związana z podaniem leku z części A katalogu leków | 389.92 | 467.90 | 390 | -77.90 | podstawowy produkt |
| 5.08.05.0000176 | hospitalizacja jednego dnia w pozostałych przypadkach | 167.11 | 200.53 | 322 | 121.47 | produkt z niewielkim udziałem |
| 5.08.05.0000177 | hospitalizacja jednego dnia z zastosowaniem jednorazowych pomp elastomerowych do terapii infuzyjnej | 500.00 | 600.00 | BRAK | N.A. | Należy uznać, że zniknie |

Szacowane przez AOTMiT jednostkowe straty świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ jako onkologiczne (wynikające z nowych taryf i zasad stosowania współczynników korygujących) sięgają ponad 3 mln rocznie w skali jednego podmiotu. Należy zauważyć, że szacunki te (zamieszczone w opublikowanym pliku excel) oparto o niejasne założenia a prawdziwe skutki finansowe są niedoszacowane o około 30-50%.

Brak w Raporcie analizy kosztów oraz propozycji taryfy dla świadczenia hospitalizacji jednodniowej z zastosowaniem pompy elastomerowej wskazuje na likwidację takiego dedykowanego produktu a przez to zaprzestanie promowania tego trybu udzielania świadczeń a więc likwidację promowanej tak intensywnie przez Ministra Zdrowia tzw. chemioterapii domowej. To z pewnością kolejna negatywna z punktu widzenia pacjentów zmiana, która jednoznacznie wpisuje się w ewidentnie destrukcyjny efekt działań AOTMiT wobec systemu ochrony zdrowia w obszarze onkologii.

VIII. Podsumowanie uwag

Raport zawiera niestety mnóstwo błędów merytorycznych w zakresie:

- terminologii
- analizy i porównania danych
- wyliczeń arytmetycznych.

Proponowane w Raporcie rozwiązania **nie prowadzą do rzetelnej wyceny taryfikowanych świadczeń**. Co więcej świadomi wadliwych wycen autorzy proponują kontynuowanie stosowania współczynników korygujących w nowej, w żaden sposób nie uzasadnionej wysokości (1,18) jednak uprawnienie do ich stosowania mają mieć podmioty spełniające nowe kryteria. W tym miejscu należy zauważyć, że aktualnie zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 91/2021/DGL uprawnione do stosowania współczynnika 1,2 mają wszystkie podmioty realizujące świadczenia w zakresie chemioterapii. Trzeba dodać, że pojawienie się w 2017 roku współczynnika korygującego 1,2 było próbą rekompensaty strat ponoszonych przez podmioty onkologiczne w związku z drastycznym (o średnio 25-30%) obniżeniem taryf i regresją wprowadzonymi od 1 stycznia 2015 r. wraz z wejściem rozwiązań pakietu onkologicznego. Autorzy Raportu piszą o tym jednoznacznie na str. 37

Środowisko onkologów oraz świadczeniodawcy realizujący leczenie chorób nowotworowych zwracają uwagę na narastającą w ostatnich latach stratę finansową dużych jednostek realizujących kompleksowe leczenie chorych na nowotwory złośliwe (ok. 446 mln zł straty Centrów i Instytutów Onkologii w 2016 r.). W ocenie środowiska wspomniana strata wynika między innymi z powodu zbyt niskiego poziomu finansowania świadczeń dla hospitalizacji do chemioterapii oraz świadczeń im towarzyszących. Onkolodzy zwracają także uwagę na brak rekompensaty za jakość i kompleksowość realizowanych świadczeń.

Potwierdzają to dane o spadku wydatków NFZ w latach 2015 – 2017 prezentowane w tabeli na stronie 19 Raportu.



Podsumowując należy stwierdzić, że Raport niestety nie prowadzi do rzetelnego finansowania świadczeń onkologicznych i nie wywoła żadnych pozytywnych zmian w strukturze i jakości leczenia. Liczne błędy i zaniechania autorów Raportu przyczyniają się do dalszej erozji zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia skoro Agencja powołana do rzetelnej wyceny świadczeń odrzuca tak oczywiste koszty jak amortyzacja infrastruktury podmiotów leczniczych.

Spółka LUX MED Onkologia (dawniej MAGODENT) prowadzi od 14 lat kompleksową diagnostykę i leczenie nowotworów. Jesteśmy cenionym przez pacjentów podmiotem, który:

- zakwalifikował się do sieci szpitali (PSZ) w grupie podmiotów onkologicznych,
- rozwija portfolio terapii stosowanych w onkologii i hematoonkologii,
- współpracuje ściśle z Narodowym Instytutem Onkologii, Instytutem Hematologii i Transfuzjologii oraz innymi kluczowymi ośrodkami klinicznymi na terenie Mazowsza,
- jest liderem nie tylko na Mazowszu ale także w Polsce w zakresie jakości i szybkości obsługi pacjentów - w bieżących analizach NFZ oraz Mapach potrzeb Zdrowotnych odnotowaliśmy jeden z najwyższych wskaźników odsetka terapii realizowanych w trybie jednodniowym zarówno w zakresie chemioterapii jak i programów lekowych. Jest to realizacją nowoczesnego modelu terapii onkologicznych zgodnego ze światowymi trendami oraz intencjami zmian systemowych rekomendowanych przez Ministra Zdrowia oraz NFZ.

- e) W Raportach dot. koncentracji leczenia chirurgicznego nowotworów przekracza progi ilościowe ustalone dla nowotworów piersi, jelita grubego oraz żołądka. W zakresie tego typu terapii należymy do czołowej trójki podmiotów na Mazowszu i ścisłej czołówki w skali całego kraju. W Raportach NFZ wskazano, że nasi pacjenci leczeni chirurgicznie mają jedne z najkrótszych hospitalizacji co świadczy pośrednio o braku powikłań wydłużających pobyt w szpitalu.
- f) Posiada akredytację do szkoleń specjalizacyjnych w zakresie onkologii klinicznej oraz chirurgii onkologicznej,
- g) Od wielu lat dla poprawy komfortu pacjentów stosuje chemioterapię z wykorzystaniem infuzorów umożliwiając chorym przyjmowanie leków w warunkach domowych,
- h) Wszystkim pacjentom tego wymagającym realizuje we własnym zakresie implantacje portów naczyniowych zapewniających bezpieczeństwo i komfort długotrwałej chemioterapii. Procedury te oferujemy także wielu pacjentom z innych ośrodków onkologicznych.
- i) Indywidualne dawki chemioterapii przygotowuje w dwóch nowoczesnych Pracowniach Leku Cytostatycznego wysoko ocenianych przez WIIF za projekt i wyposażenie Aptek Szpitalnych oraz organizację pracy. Jako podwykonawcy zapewniamy tego typu usługi dla innych szpitali nie posiadających takiej własnej infrastruktury.
- j) Spełnia aktualne kryteria kwalifikacji do Kompleksowego Leczenia Raka Piersi (odpowiednik Breast Cancer Unit).

Niestety projektowane taryfy oraz kryteria uprawniające do stosowania współczynników korygujących są dla nas krzywdzące i wg szacunków AOTMiT spowodują w skali roku wielomilionowe straty (wg danych Raportu spadek przychodów po zmianach wyniesie ponad 3 mln złotych natomiast w naszych szacunkach kwota ta sięgnie prawie 5 mln złotych). Takie straty prowadzić będą do załamania sytuacji finansowej, utraty zdolności do utrzymania personelu a w konsekwencji braku możliwości utrzymania ciągłości leczenia naszych chorych.

Warszawa, 08.06.2021

Robert Zawadzki

Wiceprezes ds. operacyjnych

LUX MED Onkologia Sp. z o.o.