



Kluczowe aspekty i problemy pakietu onkologicznego

Jerzy Gryglewicz

Warszawa 13 czerwca 2015 r.



**Raport Uczelni Łazarskiego
styczeń 2013 r.**

**ANALIZA DOSTĘPNOŚCI DO LECZENIA ONKOLOGICZNEGO
ORAZ FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU CHEMIOTERAPII
w 2012 ROKU**



Wnioski:

1. Ogólna wartość świadczeń związanych z finansowaniem leczenia lekami onkologicznymi (chemioterapia, programy lekowe oraz chemioterapia niestandardowa wynosi 2 230 mln zł.

2. Największy odsetek świadczeń jest finansowany w zakresie chemioterapii w warunkach szpitalnych (hospitalizacja) w województwach: **łódzkim (82%) i opolskim (81%), najmniejszy - w pomorskim (39%).**

3. Oddziały wojewódzkie NFZ zawierają coraz więcej umów ze świadczeniodawcami niepublicznymi. Np 29 na 172 podpisało umowy na realizację świadczeń z zakresu chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych, najwięcej w województwach: wielkopolskim (9 umów), śląskim (7) i mazowieckim (5).

Rekomendacje:

- Zwiększenie finansowania i realizacji świadczeń z zakresu chemioterapii w warunkach jednodniowych i ambulatoryjnych, kosztem obecnie realizowanych świadczeń w warunkach szpitalnych, związanych z hospitalizacją
- Opracowanie przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ planu rozwoju opieki onkologicznej uwzględniające aktualne dane dotyczące liczby świadczeniodawców i wysokości finansowania świadczeń w poszczególnych województwach.



Raport Uczelni Łazarskiego 2014 r.

Finansowanie przez NFZ świadczeń z zakresu radioterapii w latach 2011-2013

Wnioski:

1. NFZ zawarł umowy w 2013 roku o wartości ponad 768 mln zł,
2. Najwięcej sprawozdanych i rozliczonych w 2012 roku procedur w zakresie radioterapii stanowiły:
 - **hospitalizacja do teleradioterapii (520 878)**
 - **teleradioterapia paliatywna (27 189)**
 - hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej (23 476).
2. Największa dostępność pacjentów do świadczeń w ramach radioterapii 2013 roku (tzw. wartość per capita) występuje w zachodniopomorskim (30,35 zł na mieszkańca), najmniejsza opolskim (10,23 zł),
3. Najwyższe wskaźniki kosztów hospitalizacji do kosztów radioterapii w 2012 roku i wystąpiły **w podlaskim (1,03) najniższe śląskim (0,21)**

Rekomendacje:

1. Opracowanie nowych definicji dla produktów rozliczeniowych w radioterapii w szczególności obejmujących definicję cyklu w celu ujednoczenia sposobu rozliczania radioterapii w kraju.
2. Opracowanie katalogu rozpoznań klinicznych według klasyfikacji ICD10, obejmujących rozpoznania nieonkologiczne wraz z precyzyjnym opisem możliwości ich realizacji i ich wyceną.
3. Opracowanie standardów udzielania świadczeń w zakresie radioterapii paliatywnej

Strategia dla polskiej onkologii z perspektywy pacjenta onkologicznego

- Wprowadzenie karty pacjenta onkologicznego
- Wprowadzenie rozwiązań określających maksymalny czas na udzielanie świadczenia dla pacjenta onkologicznego
- Wprowadzenie instytucji lekarza odpowiedzialnego za proces leczenia (koordynator)

Strategia walki z rakiem w Polsce (Cancer Plan)

- Zniesienie limitów w finansowaniu świadczeń z zakresu onkologii
- Wprowadzenie instytucji konsylium lekarskiego
- Wprowadzenie rozwiązań refundujących koszty związane z pobytem pacjenta onkologicznego w hostelu i refundujących jego dojazd z miejsca zamieszkania do ośrodka prowadzącego leczenie



Założenia pakietu onkologicznego (Premier i Minister Zdrowia - 21 marca 2014 r.)

- Zniesione zostaną limity w leczeniu onkologicznym.
- Każdy pacjent będzie miał zagwarantowany termin usługi medycznej.
- Każdy pacjent będzie miał indywidualną ścieżkę leczenia i znajdzie się pod opieką konsylium lekarskiego.
- Każdy pacjent będzie otrzymywał specjalną kartę będącą przepustką i skierowaniem do wszystkich gabinetów specjalistycznych i oddziałów.
- Każdy pacjent będzie miał swojego koordynatora leczenia, który będzie pomagał mu w walce z chorobą.
- Po zakończeniu leczenia choroby nowotworowej pacjent będzie objęty programem stałej opieki.
- Czas od podejrzenia nowotworu do rozpoczęcia terapii ma nie przekroczyć 9 tygodni.



Plan Finansowy NFZ

Zmiana planu finansowego z dnia 16 stycznia 2015 r.

Podstawowa opieka zdrowotna 2015 r

Wzrost z 7 780 mln zł na 8 211 mln zł

o 430 mln zł tj.5.54 %

W 2014 r. 7 694 mln zł



Pytania i odpowiedzi Mazowiecki OW NFZ

Czy lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej może wydać DILO?

Lekarz realizujący świadczenia w ramach AOS, zgodnie z przepisami art. 32a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, może wydać kartę DILO **po stwierdzeniu nowotworu złośliwego.**

Następnie na jej podstawie lekarz może zlecić pogłębioną diagnostykę onkologiczną w celu szczegółowego różnicowania (zgodnie z klasyfikacją kliniczną i patologiczną) w szczególności typu histopatologicznego nowotworu oraz ocenę zaawansowania stanu chorobowego, w zakresie umożliwiającym ustalenie zindywidualizowanego planu leczenia.



Pytania i odpowiedzi Mazowiecki OW NFZ

Jaki jest cel diagnostyki wstępnej i pogłębionej?

Celem wstępnej diagnostyki onkologicznej jest wykonanie u świadczeniobiorcy posiadającego kartę DILO, świadczenia obejmującego badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego odpowiadającego wstępnemu rozpoznaniu, mające na celu potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu złośliwego.

Natomiast celem pogłębionej diagnostyki onkologicznej jest różnicowanie rozpoznanego nowotworu oraz ocena stopnia zaawansowania choroby.



Pytania i odpowiedzi Mazowiecki OW NFZ

Czy pacjenta z nowotworem niepotwierdzonym na poziomie AOS szpital może rozliczyć w ramach pakietu onkologicznego?

Nie, leczenie szpitalne i rozliczenie świadczeń udzielonych pacjentowi przyjętemu do szpitala z niepotwierdzonym nowotworem odbywa się w ramach zakresu podstawowego.

Rozliczenie w ramach tzw. „zakresu skojarzonego nielimitowanego” możliwe jest dopiero po potwierdzeniu histopatologicznym nowotworu złośliwego.



Pytania i odpowiedzi Mazowiecki OW NFZ

Czy za terminowe wykonanie ambulatoryjnej diagnostyki onkologicznej może być uznana sytuacja, w której przekroczone termin diagnostyki wstępnej, ale całość diagnostyki wykonano w terminie krótszym niż 9 tygodni?

Świadczeniodawca realizujący wstępną diagnostykę onkologiczną, zobowiązany jest wykonać ją w okresie 35 dni od dnia zapisania świadczeniobiorcy na listę oczekujących, a pogłębioną diagnostykę onkologiczną w okresie 28 dni, zgodnie z przepisami zarządzenia nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS.



Pytania i odpowiedzi Mazowiecki OW NFZ

Czy w przypadku gdy na etapie diagnostyki pogłębionej nastąpiło wykluczenie nowotworu, świadczenia mogą być rozliczone w ramach pakietu onkologicznego?

Wyraźnie należy podkreślić, iż przywołana sytuacja powinna zdarzać się bardzo rzadko, tj., iż w wyniku diagnostyki wstępnej określono rozpoznanie nowotworu złośliwego (czytaj wykonano badanie hist-pat), a w ramach diagnostyki pogłębionej wykluczono ten nowotwór.

W przedmiotowej sytuacji rozliczenie wykonanych badań może nastąpić w oparciu o pakiet diagnostyki pogłębionej.

Jednak wyraźnie należy podkreślić, iż takie sytuacje będą wnikliwie analizowane przez OW NFZ.



Pytania i odpowiedzi Mazowiecki OW NFZ

Czy przepisy określają wykaz badań, które powinny być zrealizowane na poszczególnych etapach diagnostycznych?

Lekarz AOS realizujący diagnostykę onkologiczną podejmuje autonomiczną decyzję w zakresie wykonania określonych procedur wymienionych w załączniku nr 5c do zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS.



Pytania i odpowiedzi Mazowiecki OW NFZ

Czy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego np. AOS może wydać kartę DILO na podstawie badań wykonanych przez pacjenta w warunkach komercyjnych?

Tak, lekarz AOS może wygenerować kartę DILO w oparciu o wykonane badania komercyjnie, jednak nie może ich wykazać do rozliczenia.



Pytania i odpowiedzi Mazowiecki OW NFZ

Na podstawie jakich badań lekarz POZ wystawia kartę DILO z podejrzeniem nowotworu?

Lekarz POZ podejmuje autonomiczną decyzję w oparciu o jakie „badania / procedury” wydaje kartę DILO, stawiając podejrzenie nowotworu złośliwego.



Pytania i odpowiedzi Mazowiecki OW NFZ

Czy szpital ma obowiązek wydania karty DİLO pacjentowi przyjętemu do szpitala na podstawie „zwykłego” skierowania?

W przypadku przyjęcia do szpitala pacjenta ze stwierdzonym nowotworem złośliwym, który nie posiada karty DİLO, szpital zobowiązany jest wydać pacjentowi kartę DİLO.

Prawo pacjenta do tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej” wynika z przepisów ustawy.



Pytania i odpowiedzi Pomorski OW NFZ

Co ma zrobić lekarz POZ z pacjentem odesłanym z poradni AOS lub oddziałów szpitalnych z podejrzeniem choroby nowotworowej (np. z powodu braku rozpoznania, celem przyspieszenia diagnostyki możliwej jedynie w poradni AOS) po wypisanie karty DiLO?

Lekarz POZ powinien wprowadzać do systemu tylko pacjentów, u których jako pierwszy lekarz w systemie podejrzewa chorobę nowotworową.

Nieprawidłowe jest przekierowywanie pacjenta z leczenia szpitalnego czy AOS do POZ w celu wydania karty DiLO.

Jednocześnie NFZ zastrzega, że ma ograniczone możliwości rozstrzygnięcia tego typu sytuacji spornych – większą rolę mogą w tym odegrać organizacje zawodowe świadczeniodawców i lekarzy.



Pytania i odpowiedzi Pomorski OW NFZ

Czy rozpoznanie nowotworu łagodnego, a nie złośliwego jest „strzałem” trafionym czy chybionym?

Tylko rozpoznanie nowotworu złośliwego będzie uznane za „potwierdzone podejrzenie”.



Pytania i odpowiedzi Pomorski OW NFZ

Czy podejrzewając u pacjenta np. czerniaka skóry, można skierować go do dermatologa w celu potwierdzenia podejrzenia, a następnie z informacji dla POZ o prawdopodobieństwie czerniaka potem wystawić kartę DiLO.?

W przypadku podejrzenia czerniaka pacjent powinien zostać skierowany na diagnostykę do AOS.



Pytania i odpowiedzi Pomorski OW NFZ

Czy lekarz w przypadku podejrzenie choroby nowotworowej płuca zamiast rozpoznania C34 wpisać np. Z03.1 (Obserwacja w kierunku podejrzanego nowotworu złośliwego). A może na wszystkich "zielonych kartach" lekarz POZ powinien wpisywać rozpoznanie Z03.1?

Wpisanie w karcie rozpoznania Z03.1 jest nieprawidłowe, ponieważ "mieści się poza zakresem rozpoznań dostępnych dla lekarza POZ wystawiającego kartę DiLO i wprowadzającego pacjenta do systemu pakietu onkologicznego".

Obowiązek informacyjny dotyczący zgłaszania nie tylko rozpoznania nowotworu złośliwego, ale również jego podejrzenia, wynika z zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów.



Kluczowe zmiany postulowane przez onkologów

1. Regulacje prawne ograniczone do minimum
2. Kontraktowanie Ośrodków Szybkiej Diagnostyki (SDO) i Szybkiej Terapii Onkologicznej (STO)
3. Monitorowanie jakości i efektywności staje się głównym narzędziem kontrolnym SDO i STO:
4. Wytyczne postępowania stają się elementem zarządzania systemem



Kluczowe zmiany postulowane dyrektorów szpitali onkologicznych

1. Zwiększenie finansowe udziału świadczeń limitowych w umowach z NFZ
2. Zmiana charakteru karty DiLO
3. Zmiana wyceny świadczeń
4. Referencyjność oddziałów onkologicznych
5. Zmiany w konsyliach lekarskich



MZ zapowiedź zmian 15 kwietnia

- 1. Objęcie pakietem kolejnych rodzajów nowotworów - o niepewnym lub nieznanym charakterze.**
- 2. Uelastyczniony ma zostać sposób działania konsyliów lekarskich.**
3. Stworzenie możliwości sfinansowania badania PET poza stawką ryczałtową,
4. Zwiększenie finansowania ryczałtów w AOS o 20 proc. w przypadku diagnozowania pacjentów w ciągu 7 tygodni oraz stworzenie nowych pakietów diagnostycznych.
5. Poszerzona ma zostać lista świadczeń szpitalnych, rozliczanych bez limitu, m.in. o radioterapię paliatywną.
- 6. Usprawniony ma być też system informatyczny do wystawiania kart szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO),**
7. Do udziału w pakiecie - w drodze konkursów uzupełniających - mają być dopuszczeni kolejni świadczeniodawcy.

Dziękuję za uwagę