

**Stanowisko Rady
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 5 marca 2014 roku**

**w sprawie zabezpieczenia przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ świadczeń
onkologicznych na Mazowszu w 2014 roku.**

Rada Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na posiedzeniu w dniu 5 marca br. z dużym niepokojem przyjęła informacje na temat zabezpieczenia świadczeń onkologicznych na Mazowszu na rok 2014. Rada podjęła tematy dotyczące kierunków rozwoju oraz możliwości podjęcia działań w celu poprawy dostępności do świadczeń onkologicznych, zapewnienia pacjentowi właściwych warunków leczenia zgodnie ze standardami światowymi czy też podniesienia wskaźników wyleczalności. Istotnym problemem są również kwestie właściwego dostępu do informacji na temat możliwości diagnostyczno – leczniczych placówek onkologicznych oraz konieczność zmiany zasad finansowania i kontraktowania świadczeń onkologicznych.

Szczególny niepokój budzą liczne sygnały wyrażone na posiedzeniu Rady przez zaproszonych konsultantów wojewódzkich z różnych dziedzin onkologii.

Rada w oparciu o zaprezentowane informacje dostrzega potrzebę zweryfikowania i oceny następujących wniosków:

1. Wznowienie prac nad referencyjnością podmiotów udzielających świadczenia onkologiczne w ramach kontraktów zawieranych z NFZ w oparciu o certyfikowane kompetencje, z uwzględnieniem zróżnicowania wyceny za zrealizowane świadczenia przez w/w podmioty.
2. Gwarancja finansowania świadczeń onkologicznych ratujących życie bez limitu, zrealizowanych przez certyfikowane systemem referencyjności podmioty lecznicze, w ramach procedur leczenia radykalnego (ukierunkowanego na wyleczenie).
3. Działania Narodowego Funduszu Zdrowia, które mogłyby przyczynić się do zwiększenia dostępności do świadczeń onkologicznych w wielospecjalistycznych centrach onkologii:
 - a. Możliwość renegeacji umów w oparciu o art. 43 raz na kwartał bez klauzuli dotyczącej zrzeczenia się roszczeń finansowych, która powinna dotyczyć wyłącznie rozliczeń rocznych;
 - b. Weryfikacja dostępnych świadczeń medycznych w zakresie onkologia kliniczna i chirurgia onkologiczna tj. zwiększenie dostępności do zdecydowanie większej ilości grup jednorodnych przypisanych wzmiankowanym zakresom, ponieważ w chwili obecnej jednorodne grupy, które można rozliczać w onkologii klinicznej i chirurgii onkologicznej uniemożliwiają właściwe opisanie rozpoznania kodów ICD-10 oraz faktycznego rozliczenia procedur wykonanych w trakcie hospitalizacji;
 - c. Doprecyzowanie możliwości jednoczesnego kontraktowania zakresu radioterapia onkologiczna z zakresem onkologia kliniczna oraz medycyna nuklearna (kod resortowy 4140) z endokrynologią (kod resortowy 4030) oraz onkologią kliniczną (4240);



- d. Możliwość zarządzania środkami finansowymi w obrębie zakresu w sytuacji jeżeli w ośrodku zawarta jest umowa na min. dwa miejsca udzielania świadczeń realizujące ten sam zakres;
- e. Uznanie w ośrodkach onkologicznych (nie dotyczy to funkcjonowania pojedynczych oddziałów onkologicznych w jednostkach realizujących wielospecjalistyczne leczenie) jako równoznacznych innych realizowanych zakresów niż onkologia kliniczna i chirurgia onkologiczna (urologia, neurochirurgia, gastrologia, kardiologia) w sytuacji rozliczania nadwykonań. W chwili obecnej jako priorytetowe uznaje się zakresy onkologia, chirurgia onkologiczna czy chemioterapia, natomiast pozostałe zakresy realizowane w ośrodkach onkologicznych, mimo, że świadczenia dotyczą chorych na nowotwory nie są uwzględniane w rozliczaniu nadwykonań;
- f. Weryfikacja grup jednorodnych w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej, ponieważ obowiązujące zasady rozliczania porad nie uwzględniają specyfiki pacjenta tzw. onkologicznego, gdzie problem medyczny nie może być rozwiązany na jednej czy dwóch wizytach, a może trwać nawet latami;
- g. Opracowanie projektu do nowelizacji Rozporządzenia MZ dotyczącego prowadzenia kolejek oczekujących. W sytuacji chorych na nowotwory obowiązujące przepisy nie są spójne z postępowaniem wielodyscyplinarnym, gdzie a priori kolejność wdrożenia poszczególnych metod wynika z całego procesu terapeutycznego;
- h. Doprecyzowanie definicji przyjęcia „tryb nagły”, który z punktu widzenia prawnego budzi duże wątpliwości. Jedyne w ustawie o Ratownictwie Medycznym mamy doprecyzowaną definicję stanu zagrożenia zdrowotnego, która nie jest równoznaczna z trybem przyjęcia do szpitala – tryb nagły. W sytuacji, gdy nadwykonania są rozliczane w oparciu o tryb nagły nie może być jakiegokolwiek wątpliwości i intuicyjnego przypisywania trybu hospitalizacji, z którym wiąże się określone finansowanie świadczeń. Należy mieć na uwadze, że tak jak w żadnych innych jednostkach chorobowych opóźnienie radykalnego leczenia onkologicznego jednoznacznie wiąże się z potencjalnym zgonem chorego w zakresie tygodni lub miesięcy, a nie lat, jak również powoduje zdecydowane zwiększenie nakładów finansowych na dalsze leczenie, ponieważ terapia paliatywna wiąże się z o wiele większymi nakładami finansowymi ze względu na implementację nowoczesnych metod leczenia. W tej sytuacji, ponieważ w większości wypadków dotyczy to publicznego świadczeniodawcy nie można rozważać „hazardu moralnego” jako sposobu na sfinansowanie świadczeń przez publicznego świadczeniodawcę, a nie płatnika;
- i. Ścisły nadzór nad realizacją świadczeń dotyczących profilaktyki nowotworów piersi poprzez weryfikację rozpoznań zasadniczych tj. weryfikacja czy wcześniej pacjentki, u których wykonywane są badania profilaktyczne, mammografii nie były uprzednio diagnozowane i leczone w poradniach onkologicznych - rozpoznania N60...;
- j. Ocena płynnej dostępności do świadczeń onkologicznych we wszystkich jednostkach realizujących powyższe świadczenia, ponieważ

- dane Centrum Onkologii-Instytut w Warszawie wskazują lawinowy wzrost udzielanych świadczeń, ale wyłącznie w IV kwartale;
- k. Ocena realizacji świadczeń w sytuacji zmiany wyceny. Obecnie obserwuje się istotny wzrost zgłaszających się chorych celem wykonania gastroskopii, jednocześnie z informacją o braku możliwości wykonania badania w innych ośrodkach.
 4. Centralizacja świadczeń w zakresie radioterapia w Warszawie i okolicach co powoduje brak zabezpieczenia świadczeń w rejonach oddalonych od Warszawy oraz wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia udzielane w warunkach szpitalnych.
 5. Tworzenie nowych ośrodków radioterapii przy braku nadzoru merytorycznego w tym zakresie oraz finansowanie ośrodków radioterapii bez zabezpieczenia szpitalnego. Konieczność zmiany wymogów określonych przy kontraktowaniu świadczeń w zakresie radioterapii tj. od 2011 roku dopuszczone prawem zostało kontraktowanie aparatury poza lokalizacją zakładu co powoduje brak nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń.
 6. Brak informacji/rejestru wyników leczenia chemioterapią niestandardową - konieczność gromadzenia przez ośrodki prowadzące chemioterapię niestandardową analiz dzięki, którym można by kontrolować skuteczność oraz koszty leczenia.
 7. Dedykowanie programów lekowych głównie pacjentom dorosłym.

W ocenie Rady Mazowieckiego OW NFZ proces zabezpieczania świadczeń onkologicznych dla mieszkańców województwa mazowieckiego powinien uwzględniać potrzeby zdrowotne społeczeństwa oparte na realnych danych epidemiologicznych i demograficznych.

Należy zauważyć, że prowadzenie szczegółowych analiz dotyczących realizacji świadczeń przez podmioty lecznicze umożliwi szersze spojrzenie na zakresy świadczeń niedoszacowanych oraz takich, które generują największe nadwykonania. Proces zabezpieczania świadczeń onkologicznych powinien funkcjonować w oparciu o określoną politykę zdrowotną.

Wzrost zachorowalności na nowotwory oraz zauważalny wzrost migracji pacjentów z innych regionów Polski powoduje wydłużenie kolejek na listach oczekujących, a co za tym idzie zmniejszoną dostępność do tych świadczeń. Niewątpliwie wynika to z faktu, iż na Mazowszu występują ośrodki o najwyższym stopniu referencyjności, jak również posiadania najlepszego zaplecza specjalistów w kraju. Dlatego obniżanie finansowania w jakimkolwiek zakresie onkologii, a szczególnie onkologii dziecięcej jest nieuzasadnione.

Należy również podkreślić, że na terenie województwa mazowieckiego obecnie znajduje się 50 miejsc specjalizacyjnych chirurgii onkologicznej w wyniku czego na Mazowszu jest około 160 chirurgów onkologów. Takie zaplecze specjalistyczne powinno zapewniać pacjentom onkologicznym poczucie bezpieczeństwa oraz dostępność do świadczeń. Tworzenie nowych ośrodków onkologicznych powinno mieć na celu zwiększenie dostępności do świadczeń oraz odciążenie największych placówek. Z uwagi na wzrost zachorowalności należy poszerzać bazę specjalistyczną, ale przy określeniu pewnych standardów usług. Świadczenie usług przez podmioty lecznicze powinno opierać się na kompleksowości i ciągłości udzielania świadczeń. Wskazane kryteria to podstawowe warunki udzielania świadczeń, dlatego powinny mieć decydujący wpływ podczas kontraktowania.

Dla prawidłowego funkcjonowania opieki zdrowotnej niezbędna jest bieżąca i ścisła współpraca ośrodków terapeutycznych z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz

Ministerstwem Zdrowia. Pozwoli to na eliminowanie wprowadzania nieuzasadnionych regulacji prawnych oraz celowe dysponowanie środkami finansowymi.

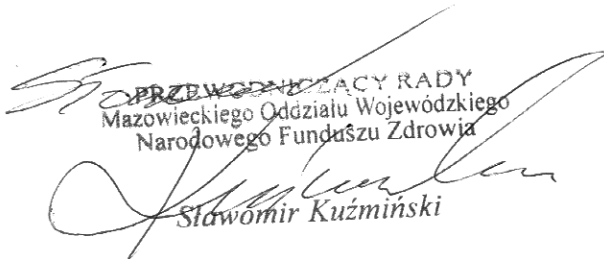
Długotrwałe zaniedbania systemowe spowodowały, że opieka zdrowotna wymaga restrukturyzacji i wypracowania pewnej polityki zdrowotnej nadzorowanej przez podmioty koordynujące. Obecna sytuację poprawić mogą decyzje polityczne polegające na zmianie regulacji prawnych.

Ponadto należy zauważyć, że zasady finansowania świadczeń na Mazowszu powodują faktyczne zmniejszanie środków finansowych będących w dyspozycji Mazowieckiego OW NFZ. Taka sytuacja wynika między innymi ze wzrostu kosztów wykonywania świadczeń, które na Mazowszu należą do najwyższych w kraju. Rozdział środków finansowych nie uwzględnia dużej liczby placówek o najwyższym poziomie referencyjnym.

Biorąc powyższe pod uwagę pragnę zauważyć, że bez dodatkowych środków finansowych oraz bez planu zmian systemowych w zakresie onkologii istnieje poważne zagrożenie dla pełnego zabezpieczenia zdrowotnego mieszkańców Mazowsza.

Rada działając w imieniu ubezpieczonych przyjmując z powagą i niepokojem sygnały płynące od świadczeniodawców oraz konsultantów wojewódzkich o głębokim niedofinansowaniu na tej płaszczyźnie i znacznym pogorszeniu sytuacji finansowej podmiotów leczniczych. Utrzymywanie takiego stanu powoduje zadłużenie najlepszych ośrodków leczniczych na Mazowszu oraz ograniczenie i pogorszenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Rada apeluje o podjęcie działań i poszukiwanie rozwiązań, których wprowadzenie może wpłynąć na poprawę funkcjonowania oraz sytuację finansową podmiotów leczniczych na Mazowszu.


PRZEWODNICZĄCY RADY
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Sławomir Kuźmiński