

Rachunek kosztów w centrach onkologii: pełnoprofilowe przegrywają



Dziecko wylane z kąpielą

Nietrudno było przewidzieć, że sposób finansowania pakietu onkologicznego spowoduje zadłużanie się ośrodków leczących nowotwory. Dotyczy to głównie lecznic pełnoprofilowych, wielodyscyplinarnych, słowem – centrów onkologii. Pierwsze miesiące działania pakietu pozwalają już na ocenę sytuacji w aspekcie rachunku kosztów w zestawieniu z możliwościami uzyskiwania finansowania z NFZ.

W zależności od wielkości ośrodka miesięczne zadłużenie wynikające z realizacji pakietu wynosi od miliona złotych do nawet kilku milionów. W rachunku strat trudno obecnie ocenić te, które będą wynikać z niezapłaconych świadczeń limitowanych udzielonych chorym na nowotwory. W szczególności dotyczy to tych postępowań, w których diagnostyka wstępna w poradni nie zakończyła się ustaleniem rozpoznania i uzyskano je po wykonaniu zabiegu chirurgicznego. Ów zabieg wykonywany w szpitalu rozliczany jest z płatnikiem z części umowy limitowanej, zatem prędzej czy później doprowadzi do nadwykonań i walki o pieniądze za nie. Najczęściej walki zakończonej uzyskaniem ok. 50 proc. wartości udzielonych świadczeń. Ot, taka bezlimitowość w pakiecie. Tu istotna uwaga: pakiet onkologiczny dotyczy wyłącznie chorych na nowotwory złośliwe.

Również w wypadku chorych operowanych w ramach świadczeń Nielimitowanych, czyli tych, u których wcześniej wykonano badanie histopatologiczne, niektóre świadczenia są limitowane. Jeśli np. pacjent w trakcie leczenia (przed lub po zabiegu) wymaga przetoczenia krwi lub żywienia pozajelitowego, świadczenia te rozliczane są z części umowy limitowanej.

Do limitowanych świadczeń oddziały NFZ zaliczają ponadto hospitalizacje onkologiczne i świadczenia związane z realizacją programów lekowych (w tym programów onkologicznych). O ile substancje czynne są rozliczane przez oddziały NFZ powyżej wartości umowy, o tyle świadczenia towarzyszące podawaniu substancji uważane są za świadczenia limitowane. W mojej ocenie w tym zakresie brakuje odpowiedniej interpretacji prawnej czy stanowiska Ministerstwa Zdrowia, bowiem zasada refundacji tych leków sprawia, iż Nielimitowane leczenie chemioterapią wiąże się z takim również rozliczaniem świadczeń pobytowych.

Nową zasadą finansowania świadczeń onkologicznych (np. hospitalizacji do chemioterapii) jest wprowadzenie stawki degresywnej. Celem zmiany było zapobieganie rozliczaniu z płatnikiem niezasadnych pobytów. W mojej ocenie tego efektu się jednak nie uzyskuje, bowiem ośrodki onkologiczne hospitalizują tych pacjentów, których stan kliniczny tego wymaga. Jeśli nawet założyć, że nie wszyscy postępują tak uczciwie, to ogólne obniżenie stawek za hospitalizacje nie jest dobrym rozwiązaniem. Pomysł degresywnego rozliczania ma swoje uzasadnienie, choć powinien być realizowany poprzez wyższą niż dotychczas stawkę początkową. W roku 2014 za osobodzień do chemioterapii NFZ naliczał 11 punktów, obecnie jest to 10 punktów za pierwsze dni i 9 punktów za kolejne. Już od samego początku wartość finansowania jest więc niższa.

Analiza wyceny

Aby jednak odnosić się rzeczowo do kosztu, warto dokonać analizy wyceny odzwierciedlającej faktyczne

” Do świadczeń limitowanych oddziały NFZ zaliczają hospitalizacje onkologiczne i świadczenia związane z realizacją programów lekowych, w tym onkologicznych ”

nakłady świadczeniodawcy na realizację świadczenia. Przedstawione poniżej wyliczenia oparłem na danych jednego z centrów onkologii w Polsce, choć średnie koszty bezpośrednie (diagnostyki, wynagrodzeń itp.) oraz pośrednie (energia elektryczna, amortyzacja sprzętu itp.) pochodzą z wielu lecznic. Wiele z uwzględnionych elementów kosztowych jest często pomijanych w rachunkach kosztów świadczeń i dzielonych według ustalonych kluczy na wszystkie komórki organizacyjne. W swojej analizie starałem się unikać ogólności i przypisać maksymalnie dokładnie koszty do konkretnego świadczenia.

Na koszt osobodnia hospitalizacji do chemioterapii składają się następujące rodzaje kosztów:

- 1) **koszty bezpośrednie**, czyli generowane bezpośrednio na oddziałach szpitalnych:
 - amortyzacja środków trwałych wykorzystywanych na oddziałach,
 - leki podawane pacjentom w trakcie hospitalizacji z wyłączeniem substancji czynnych i immunoglobulin, które NFZ finansuje oddzielnie,
 - materiały medyczne bez leków, w tym m.in. środki opatrunkowe, gazy medyczne i preparaty krwi, jednorazowy sprzęt medyczny,
 - materiały niemedyczne, w tym m.in. materiały do utrzymania czystości, naczynia jednorazowe, worki i akcesoria do sprzątania, materiały do konserwacji sprzętu i urządzeń, materiały biurowe i piśmienne, druki, odzież ochronna, koszty wyposażenia,
 - koszty pracy – koszty wynagrodzeń wraz z narzutami ZUS personelu zatrudnionego na oddziałach,
 - zakup procedur medycznych – konsultacje i badania diagnostyczne wykonywane na zewnątrz szpitala w związku z hospitalizacją pacjentów,
 - pozostałe usługi obce dotyczące pracy oddziału, w tym m.in.: konserwacja i naprawa sprzętu i urządzeń medycznych, remonty budynków i pomieszczeń, pozostałe naprawy i konserwacje, usługi pralnicze – pranie pościeli i ubrań ochronnych, usługi utylizacji odpadów medycznych, wywóz chemikaliów, sterylizacja, usługi komunalne – wywóz odpadów i nieczystości,



„Średni koszt osobodnia hospitalizacji w centrum onkologii zarówno w wypadku chemioterapii, jak i teleradioterapii jest wyższy niż w innych szpitalach”

- energia elektryczna i ciepła oraz woda zużywane na danym oddziale,
- pozostałe koszty, w tym m.in. przypadająca na dany oddział część kosztów ubezpieczenia OC i ubezpieczenia majątkowego, część podatków od nieruchomości, proporcjonalna część opłaty PFRON od wynagrodzeń personelu na oddziale;

2) koszty pośrednie generowane w komórkach centrum świadczących działalność pomocniczą niezbędną do funkcjonowania oddziałów, w tym m.in.:

- koszty przyjęcia pacjentów na oddziały (izba przyjęć),

- konsultacje lekarzy specjalistów niewchodzących w skład oddziałów, a dotyczące pacjentów hospitalizowanych na danym oddziale,
- koszty apteki szpitalnej związane z zaopatrywaniem oddziałów w leki inne niż rozpuszczalne cytostatyki,
- koszty centralnej pracowni leków cytostatycznych ponoszone w związku z zapewnieniem oddziałom rozpuszczalnych cytostatyków do chemioterapii,
- koszty działu statystyki medycznej związane ze sprawozdawczością świadczeń do NFZ,
- koszty działu nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, m.in. sprzętanie, usuwanie odpadów z oddziałów, nadzór epidemiologiczny,
- koszty działów zamówień publicznych oraz zaopatrzenia związane z zakupami leków, sprzętu, wyposażenia, materiałów, zaopatrzeniem i magazynowaniem materiałów wykorzystywanych na oddziałach,
- koszty obsługi informatycznej oddziału przez dział informatyki,
- koszty żywienia pacjentów hospitalizowanych na oddziałach;

3) koszty procedur wykonywanych przez laboratorium medyczne, zakłady i pracownie diagnostyczne centrum na rzecz pacjentów hospitalizowanych na danym oddziale:

- diagnostyka laboratoryjna,
- diagnostyka histopatologiczna,
- pracownia EKG,
- diagnostyka obrazowa: radiologia ogólna, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, mammografia, USG,
- znieczulenia,
- procedury endoskopii.

Zestawienie powyższych rodzajów kosztów powiększone o koszty zarządu daje koszt średni osobodnia w chemioterapii w wysokości 880 zł.

Powyższe rodzaje kosztów w przeliczeniu na osobodzień hospitalizacji do chemioterapii są następujące:

- koszty bezpośrednie – 636,89 zł,
- koszty pośrednie – 136,85 zł,
- koszty procedur – 64,86 zł,
- koszty ogólnego zarządu – 42,33 zł.

Razem średni koszt osobodnia do chemioterapii wynosi 880,93 zł.

Wycena NFZ osobodnia hospitalizacji w chemioterapii:

- hospitalizacja onkologiczna związana z chemioterapią, zakwaterowanie: 520 zł od pierwszego do trzeciego dnia, 468 zł – czwarty dzień i kolejne,
- hospitalizacja jednego dnia związana z chemioterapią (podanie leku z katalogu In cz. A) – 364 zł,
- hospitalizacja jednego dnia związana z chemioterapią w pozostałych wypadkach (podanie leku, np. neupogen, aranesp) została wyceniona na 156 zł, co nie wystarcza na sfinansowanie kosztów bezpośrednich.

Widać, że niesfinansowana pozostaje część kosztów bezpośrednich i pozostałe koszty pośrednie, w których zgodnie z wyżej wymienioną kwalifikacją istotne w wypadku chemioterapii są koszty apteki szpitalnej i centralnej pracowni leków cytostatycznych wynoszące w przeliczeniu na osobodzień hospitalizacji 67,70 zł. Z kolei w kosztach procedur najistotniejsza pozycja to diagnostyka laboratoryjna i histopatologiczna – 30,87 zł w przeliczeniu na osobodzień hospitalizacji – oraz diagnostyka obrazowa – 29,54 zł.

Odniesienie do stawki degresywnej: koszt osobodnia w wypadku hospitalizacji onkologicznej związanej z chemioterapią w pierwszych dniach pobytu wynosi 1426,07 zł.

Uzasadnienie podwyższonego kosztu hospitalizacji do chemioterapii w dniach od pierwszego do trzeciego

Wycena hospitalizacji do chemioterapii w dniach od pierwszego do trzeciego wynika m.in. z konieczności:

- podania premedykacji do chemioterapii, nawodnienia pacjenta,
- wykonania badań niezbędnych do określenia stanu pacjenta i możliwości podania chemioterapii, np. EKG, echo, badania laboratoryjne,

Tabela 1. Powikłania po chemioterapii

Rodzaj powikłania	ICD-10
neutropenia (agranulocytoza)	D70
anemia (niedokrwistość)	D50 – D64
małopłytkowość	D69
grzybica	B35 – B49
gorączka neutropeniczna	R50
zapalenie górnych dróg oddechowych	J00 – J06
zapalenie płuc	J12 – J18
niedrożność przewodu pokarmowego	K56
biegunka	A09; K58; K59.1
bakteryjne zakażenie krwi	A49.9

- wykonania badań obrazowych oceniających aktualny stopień zaawansowania procesu nowotworowego, np. USG, RTG, TK, MRI,
- przeprowadzenia specjalistycznych konsultacji niezbędnych do podania chemioterapii,
- normalizacji parametrów morfologicznych i poprawy stanu ogólnego pacjenta w uzasadnionych medycznie wypadkach przed podaniem chemioterapii, np. przetoczenie krwi i produktów krwiopochodnych, podanie czynników wzrostu,
- uwzględnienia kosztów związanych z przygotowaniem przez farmaceutów indywidualnych dawek leków.

Ponadto na wycenę hospitalizacji do chemioterapii mają wpływ powikłania wymienione w tabeli 1.

Na koszt osobodnia hospitalizacji do teleradioterapii składają się następujące rodzaje kosztów:

1) **koszty bezpośrednie**, czyli koszty generowane bezpośrednio na oddziałach szpitalnych realizujących hospitalizację:

- amortyzacja środków trwałych wykorzystywanych na oddziałach,
- leki podawane pacjentom w trakcie hospitalizacji z wyłączeniem substancji czynnych i immunoglobulin, które NFZ finansuje oddzielnie,
- materiały medyczne, bez leków, w tym m.in. środki opatrunkowe, gazy medyczne i preparaty krwi, jednorazowy sprzęt medyczny,
- materiały niemedyce, w tym m.in. materiały do utrzymania czystości, naczynia jednorazowe, worki i akcesoria do sprzątnięcia, materiały do konserwacji sprzętu i urządzeń, materiały biurowe i piśmienne, druki, odzież ochronna, koszty wyposażenia,

„Pakiet onkologiczny dotyczy wyłącznie chorych na nowotwory złośliwe”



„Jesteśmy w stanie wyczekiwania na wdrożenie wycen świadczeń, a czas ten jest okupiony stratami finansowymi pełnoprofilowych ośrodków”

- koszty pracy – koszty wynagrodzeń personelu zatrudnionego na oddziałach wraz z narzutami ZUS,
- zakup procedur medycznych – konsultacje i badania diagnostyczne wykonywane na zewnątrz szpitala w związku z hospitalizacją pacjentów na danym oddziale,
- pozostałe usługi obce dotyczące pracy oddziału, w tym m.in.: konserwacja i naprawa sprzętu i urządzeń medycznych, remonty budynków i pomieszczeń, pozostałe naprawy i konserwacje, usługi pral-

nicze – pranie pościeli i ubrań ochronnych, usługi utylizacji odpadów medycznych, wywóz chemikaliów, sterylizacja, usługi komunalne – wywóz odpadów i nieczystości,

- energia elektryczna i ciepła oraz woda zużywane na danym oddziale,
- pozostałe koszty, w tym m.in. przypadająca na oddział część kosztów ubezpieczenia OC i ubezpieczenia majątkowego, podatków od nieruchomości, proporcjonalna część opłaty PFRON od wynagrodzeń personelu;

2) koszty pośrednie generowane w komórkach centrum świadczących działalność pomocniczą niezbędną do funkcjonowania oddziałów, w tym m.in.:

- koszty przyjęcia pacjentów na oddziały (izba przyjęć),
- konsultacje lekarzy specjalistów niewchodzących w skład oddziałów, a dotyczące pacjentów hospitalizowanych na danym oddziale,
- koszty apteki szpitalnej związane z zaopatrywaniem oddziałów w leki inne niż rozpuszczalne cytostatyki,
- koszty centralnej pracowni leków cytostatycznych ponoszone w związku z zapewnieniem oddziałom rozpuszczalnych cytostatyków do chemioterapii,
- koszty działu statystyki medycznej związane ze sprawozdawczością świadczeń do NFZ,
- koszty działu nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, m.in. sprzątanie, usuwanie odpadów z oddziałów, nadzór epidemiologiczny,
- koszty działów zamówień publicznych i zaopatrzenia związane z zakupami leków, sprzętu, wyposażenia, materiałów, zaopatrzeniem i magazynowaniem materiałów wykorzystywanych na oddziałach,
- koszty obsługi informatycznej oddziału przez dział informatyki,
- koszty żywienia pacjentów hospitalizowanych na oddziałach;

3) koszty procedur wykonywanych przez laboratorium medyczne, zakłady i pracownie diagnostyczne centrum na rzecz pacjentów hospitalizowanych na oddziale:

- diagnostyka laboratoryjna,
- diagnostyka histopatologiczna,
- pracownia EKG,
- diagnostyka obrazowa: radiologia ogólna, TK, MRI, mammografia, USG,
- znieczulenia,
- procedury endoskopii,
- diagnostyka wykonana w poradniach u pacjentów kwalifikowanych następnie do leczenia szpitalnego na oddziałach;

4) koszty ogólnego zarządu – proporcjonalna część kosztów dotycząca oddziału związana z zarządzaniem zakładem jako całością, np. dyrekcja zakładu, obsługa finansowo-księgowa, kadrowo-płacowa, dział promocji, dział rozwoju naukowego, archiwum, bez których oddział nie mógłby samodzielnie funkcjonować.

Powyższe rodzaje kosztów w przeliczeniu na osobodzień hospitalizacji do teleradioterapii są następujące:

- koszty bezpośrednie – 347,51 zł,
- koszty pośrednie – 110,14 zł,
- koszty procedur – 21,03 zł,
- koszty ogólnego zarządu – 63,08 zł,
- koszty diagnostyki wykonanej w poradniach u pacjentów kwalifikowanych na tej podstawie do leczenia szpitalnego na oddziałach – 81,19 zł.

Razem koszt osobodnia do teleradioterapii wynosi 622,95 zł.

Narodowy Fundusz Zdrowia wycenił osobodzień hospitalizacji w teleradioterapii na 156,00 zł, co pozwala tylko na częściowe sfinansowanie kosztów bezpośrednich. Wyraźnie widać, że niesfinansowane pozostają pozostałe rodzaje kosztów, tj. pośrednie (np. żywienie pacjentów), procedur, ogólnego zarządu i diagnostyki ambulatoryjnej wykonanej w poradniach u pacjentów, którzy na tej podstawie są kwalifikowani do hospitalizacji.

Wycena hospitalizacji do teleradioterapii wynika m.in. z konieczności:

- wykonania kontrolnych badań laboratoryjnych w trakcie radioterapii,
- przeprowadzania konsultacji specjalistycznych monitorujących aktualny stan zdrowia pacjenta, np. laryngologicznych, internistycznych, kardiologicznych,
- wykonania podstawowych badań obrazowych,
- leczenia osłonowego zapobiegającego odczynom popromiennym.

Ponadto na wycenę hospitalizacji do teleradioterapii mają wpływ powikłania wymienione w tabeli 2.

Na niekorzyść onkologii

Średni koszt osobodnia hospitalizacji w centrum onkologii zarówno w wypadku chemioterapii, jak i teleradioterapii jest wyższy niż w innych szpitalach w regionie z uwagi na pełnoprofilowy, wielodyscyplinarny charakter diagnostyki i terapii w centrum onkologii zgodnie z założeniami pakietu onkologicznego. W centrach onkologii leczą się pacjenci w zaawansowanych stanach choroby nowotworowej, co skutkuje większą w porównaniu ze szpitalami realizującymi standardowe procedury liczbą powikłań po chemioterapii (tab. 1) oraz po radioterapii (tab. 2). W centrum onkologii leczeni są m.in. pacjenci z rozpoznaniem guza mózgu, z nowotworami głowy, szyi, którzy w trakcie leczenia skojarzonego radiochemioterapią wymagają hospitalizacji i nie mogą korzystać z zakwaterowania poza szpitalem.

Wydaje się zatem zasadne potraktowanie placówek pełnoprofilowych, realizujących pakiet onkologiczny kompleksowo, w sposób odrębny. Oczywiście będzie się to wiązało z wyodrębnieniem tych świadczeniodawców, np. poprzez wprowadzenie swoistych stopni referencyjności lub wyodrębnienie sieci centrów onkologii.

Tabela 2. Powikłania po napromienianiu

Rodzaj powikłania	ICD-10
Narządy głowy i szyi	
grzybica	B35 – B49
zapalenie górnych dróg oddechowych	J00 – J06
gorączka	R50
stan zapalny skóry napromienianej (odczyn popromienny)	L58.0; L58.1
Klatka piersiowa	
grzybica	B35 – B49
gorączka	R50
zapalenie przełyku	K20
zapalenie śródpiersia	J98.5
śródmięszowa choroba płuc z zapaleniem oskrzelików oddechowych	J84.1
zapalenie osierdzia	I30 – I32
zapalenie mięśnia sercowego	I40; I41; I51.4
Jama brzuszna	
gorączka	R50
biegunka	A09; K58; K59.1
kurcz odbytu	K59.4
krwawienie z przewodu pokarmowego	K92
hematuria (krwiomocz)	N02; R31
zapalenie jelita grubego	K51
zapalenie pęcherza moczowego	N30
zapalenie cewki moczowej	N34
niedrożność porażenna	K56

Właściwy poziom finansowania centrów onkologii będzie gwarantować spełnienie przez te ośrodki funkcji, jaką przypisano im w pakiecie onkologicznym. Niestety, na razie jesteśmy w stanie wyczekiwania na wdrożenie wycen świadczeń, a czas ten jest okupiony stratami finansowymi pełnoprofilowych ośrodków. Ich niedofinansowanie może zaważyć na efektach wdrożenia pakietu, bo o ile zwiększa się liczba pacjentów pierwszorazowych i rośnie liczba nowych kart DILO, o tyle możliwości finansowe leczenia nie wzrastają adekwatnie do zwiększonego obciążenia.

Rafał Janiszewski