

Pacjent na szybkiej ścieżce onkologicznej

Niedźwiedzia przystuga

Pakiet onkologiczny wszedł w życie 1 stycznia 2015 r. Już po sześciu tygodniach (13 lutego) Naczelna Rada Lekarska zdecydowała się wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o orzeczenie, czy jego zapisy są zgodne z konstytucją. Protesty nie skończyły się do dziś.

Fot. iStockphoto

Jeszcze przed wprowadzeniem w życie nowych zapisów opinię publiczną nurtowała kwestia celowości planowanych zmian. Nowelizacja budziła wątpliwości i stała się przyczyną sporów w samym środowisku lekarskim. Okres świąteczno-noworoczny od wielu lat w Polsce związany był ze zwiększonymi kolejkami do specjalistów (wyczerpanie limitów) oraz z dużymi naciskami politycznymi na Ministerstwo Zdrowia, a także żądaniami opozycji dotyczącymi poprawy sytuacji

w opiece zdrowotnej. Celem przyświecającym zmianom inicjowanym przez ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza było zmniejszenie kolejek do specjalistów i ułatwienie pacjentom dostępu do diagnostyki onkologicznej.

Rodzinni na nie

Sytuacja zaostrzyła się po odmowie podpisania kontraktów na rok 2015 na udzielanie świadczeń zdrowot-

nych przez lekarzy rodzinnych zrzeszonych w Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie. Postawa lekarzy była na tyle nieprzejednana, że resort zdrowia został niemalże przymuszony do negocjacji z przedstawicielami federacji.

Jednocześnie w telewizji publicznej rozpoczęła się promocja pakietu onkologicznego. Z kampanii wynikało, że pacjent zgłaszający się do jednostki onkologicznej będzie miał swojego koordynatora. Taki przekaz spowodował zamieszanie informacyjne. Rodziło się pytanie, w jaki sposób zorganizować dla każdego pacjenta koordynatora, który miał być odpowiedzialny za organizację świadczeń od dnia, gdy pacjent trafi na ścieżkę onkologiczną, aż do dnia, w którym zakończy leczenie. Szpitale pozostawały w stanie niewiedzy do czasu pierwszych rozliczeń pakietu onkologicznego.

Przewodnik nie przewodnik

Wracając do tych, którzy mieli być przewodnikami pacjentów, tj. lekarzy rodzinnych – podstawowa opieka zdrowotna miała być początkiem drogi pacjenta na szybkiej ścieżce onkologicznej. Zanim jednak lekarze rodzinni zdecydowali się podpisać umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2015 r., doszło do wielu protestów, które zostały zwieńczone sukcesem finansowym ich środowiska. Obrazują to tabele 1 i 2, ukazujące zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów na udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. W załącznikach do tych dokumentów określono sposób finansowania świadczeń w omawianym zakresie.

Po zakończonych negocjacjach w styczniu 2015 r. ostatecznie wprowadzono stawki przedstawione w tabeli 3.

Jak wynika z przedstawionych danych, pierwotne ustalenia zarządzenia z listopada 2014 r. zostały zmienione na korzyść świadczeniodawców. Ponadto trzeba zaznaczyć, że lekarz rodzinny otrzymuje 50 zł za każdą wystawioną pacjentowi tzw. zieloną kartę. Ministerstwo Zdrowia, żeby uniknąć nadmiernego finansowania świadczeń, obostrzyło zapis, dodając, że jeżeli na 15 wystawionych kart nie będzie choć jednego potwierdzenia nowotworu złośliwego, lekarz zostanie pozbawiony możliwości wystawiania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) do czasu ukończenia szkolenia.

„ W Wielkopolskim Centrum Onkologii zmieniło się niewiele. Pacjent onkologiczny może np. otrzymać nieodpłatnie kserokopie dokumentacji medycznej dotyczącej pakietu ”

Szybka ścieżka

Wróćmy do sytuacji, gdy pacjent po otrzymaniu od lekarza POZ zielonej karty trafia do podmiotów z logo szybkiej ścieżki onkologicznej. Są to placówki zatrudniające specjalistów z dziedziny onkologii, radioterapii i chemioterapii dysponujące odpowiednią bazą diagnostyczną. W Poznaniu takim ośrodkiem jest Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie. I tu należałoby zadać pytanie, czy szpital o profilu typowo onkologicznym, do którego w zasadzie trafiają jedynie pacjenci z chorobą nowotworową lub jej podejrzeniem, powinien mieć wydzielone pieniądze na pakiet onkologiczny – odrębne fundusze, tzw. nielimitowane. Zastanowienia wymaga słowo „nielimitowane”. Co ono oznacza dla ustawodawcy? Okazuje się, że jest różnie interpretowane.

Otóż szpital może wykazać świadczenie pakietowe dopiero po uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego pacjenta. Zatem o tym, czy pacjent może być rozliczony w pakiecie onkologicznym w ramach świadczeń nielimitowanych, decydują daty wyników, a nie wstępne rozpoznanie i objawy choroby ustalone przez specjalistów. Interpretując przepisy w ten sposób – większość świadczeń zdrowotnych pozwalających na ostateczne zdiagnozowanie pacjenta jest w części limitowanej. Jeśli więc szpital zrealizuje umowę poza pakietem, ponosząc większe koszty, nie otrzyma zapłaty, ponieważ wykonał umowę ponad wartość w części limitowanej i będzie się pogrążał w długach, gdyż świadczenia onkologiczne nie są zaliczane do ratujących życie. Na-

Tabela 1. Rok 2013

Lp.	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Wartość rocznej stawki kapitacyjnej, ceny jednostkowej jednostek rozliczeniowych w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2014 r. (w zł)
1.1	świadczenia lekarza POZ	stawka kapitacyjna	96,00

Na podstawie: Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 69/2013/DSOZ prezesa NFZ z 27 listopada 2013 r.

Tabela 2. Rok 2014

Lp.	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Wartość rocznej stawki kapitacyjnej, ceny jednostkowej jednostek rozliczeniowych w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. (w zł)
1.1a	świadczenia lekarza POZ – I półrocze – dla wszystkich świadczeniodawców i II półrocze przy wyborze zbiorczej formy sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych	stawka kapitacyjna	136,80
1.1b	świadczenia lekarza POZ – II półrocze – przy wyborze indywidualnej formy sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych	stawka kapitacyjna	140,04
1.1c	świadczenia lekarza POZ – IV kwartał – przy wyborze indywidualnej formy sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych i wskaźniku wykonania badań \geq wartości progowej określonej przez NFZ	stawka kapitacyjna	144,00

Na podstawie: Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 86/2014/DSOZ prezesa NFZ z 17 grudnia 2014 r., Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 69/2013/DSOZ prezesa NFZ z 27 listopada 2013 r.

Tabela 3. Rok 2015

Lp.	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Wartość rocznej stawki kapitacyjnej, ceny jednostkowej jednostek rozliczeniowych w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. (w zł)
1.1a	świadczenia lekarza POZ – dla wszystkich świadczeniodawców w okresie styczeń–lipiec 2015 r. i styczeń–grudzień 2015 r. przy wyborze zbiorczej formy sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych	stawka kapitacyjna	140,04
1.1b	świadczenia lekarza POZ – w okresie sierpień–grudzień 2015 r. przy wyborze indywidualnej formy sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych	stawka kapitacyjna	142,08
1.1c	świadczenia lekarza POZ – IV kwartał – przy wyborze indywidualnej formy sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych i wskaźniku wykonania badań \geq wartości progowej określonej przez NFZ	stawka kapitacyjna	144,00

Na podstawie: Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 3/2015/DSOZ prezesa NFZ z 7 stycznia 2015 r., Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 86/2014/DSOZ prezesa NFZ z 17 grudnia 2014 r., Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 69/2013/DSOZ prezesa NFZ z 27 listopada 2013 r.

rodowy Fundusz Zdrowia nie zapłaci więc za świadczenia wykonane ponad limit. Natomiast świadczenia udzielone w ramach pakietu mogą być Nielimitowane, ale w rzeczywistości tylko teoretycznie. Limitem są bowiem daty. Data diagnozy ostatecznej potwierdzonej badaniem histopatologicznym – przypominamy, że do czasu ostatecznego stwierdzenia nowotworu złośliwego wszelkie badania (np. PET) prowadzące do postawienia diagnozy rozliczane są w limitach. Główną rolę odgrywają więc daty założenia karty DiLO, wpisania na listę oczekujących itd.

Koszty rodzinnego i szpitala

Rodzi się pytanie, jakie koszty ponosi lekarz rodzinny. Wypisuje kartę DiLO, jeśli przeprowadził jakąś diagnostykę, dołącza wyniki i otrzymuje 50 zł za wystawienie karty. Dodatkowo w wyniku protestów podniesiono stawkę kapitulacyjną o 44,00 zł i więcej, w zależności od sposobu rozliczania.

W związku z powyższym można zaryzykować stwierdzenie, że w wypadku pacjenta onkologicznego w Wielkopolskim Centrum Onkologii zmieniło się niewiele. Może on np. otrzymać nieodpłatnie kserokopie dokumentacji medycznej dotyczącej pakietu. Chociaż wydaje się to niesprawiedliwe w odniesieniu do pacjentów onkologicznych bez karty. Jeżeli chodzi o czas oczekiwania na świadczenia, jest on porównywalny. W WCO pacjenci pierwszorazowi w latach poprzednich rzadko czekali na przyjęcie przez lekarza dłużej niż 14 dni. Również czas ustalenia rozpoznania nie był dłuższy niż 9 tygodni. Zmieniły się wprawdzie zasady logistyczne, ale liczba specjalistów pozostała ta sama. Liczba przyjmowanych pacjentów także. Kolejny raz nasuwa się pytanie, czy wprowadzanie pakietu onkologicznego ma uzasadnienie w placówkach o profilu onkologicznym. Kolejny raz dochodzi do sztucznego stymulowania systemu. Biorąc pod uwagę, jak wiele jest wątpliwości, a zarazem trudności, można przypuszczać, że nie uda się zmniejszyć kolejek zmianami w ustawie bez faktycznego finansowania i sprawnego zarządzania opieką zdrowotną.

Co się poprawi

Czy można się spodziewać, że bez wzrostu liczby specjalistów udzielających świadczeń onkologicznych oraz bez rozbudowy infrastruktury placówek medycznych uda się z dnia na dzień zmienić sytuację chorych? Jeśli tak, to albo autor wdrożenia jest cudotwórcą, albo dotychczasowe wykorzystanie tych najdroższych zasobów, jakimi są wykształceni specjaliści oraz niezwykle kosztowna infrastruktura, było – delikatnie ujmując – niewystarczające. Pieniądzy na leczenie onkologiczne nie dołożono, liczby specjalistów nie zwiększono, infrastruktura pozostała bez zmian. Niewątpliwie stało się jedno, może przypadkiem – pojawiły się bariery dla

„Wystarczyło znieść limity na leczenie chorób związanych z nowotworami złośliwymi. Byłoby mniej zamieszania i więcej korzyści dla pacjentów”

części pacjentów. Oni nie wejdą do systemu, na nich nie zostaną wydane Nielimitowane pieniądze. Tylko nie wiadomo, co się z nimi stanie.

Pula pieniędzy pozostaje bez zmian, zatem jaki cel przyświecał twórcom pakietu onkologicznego? Cóż, kampania pakietu przypominała reklamy sprzed 1999 r., w których była mowa, że obudzimy się w nową, lepszą rzeczywistość służby zdrowia. Wówczas również obiecywano likwidację kolejek, ale jak widać, nic z tego nie wyszło. Lekarze rodzinni za to, że zamiast skierowania do specjalisty wypiszą tzw. zieloną kartę, dostają dodatkowe pieniądze. A jakie korzyści ma szpital specjalistyczny? Niestety odpowiedź na to pytanie nie jest oczywista i może budzić kolejne kontrowersje, gdyż wydaje się, że jedynym efektem szerszych działań są większe koszty.

Brak analizy

Zastanawiające jest to, czy osoby odpowiedzialne za wprowadzenie pakietu onkologicznego dokładnie przeanalizowały dane z przeprowadzonej przez centralę NFZ kontroli koordynowanej dotyczącej podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie leczenia cukrzycy i chorób układu krążenia. Jak pisze Anna Kaczmarek w „Rynku Zdrowia” (12.02.2010 r.): „Ustalenie trzykrotnej stawki za leczenie pacjentów z cukrzycą i chorobami układu krążenia miało na celu zmniejszenie kolejek do specjalistów”. Porównując sytuację w zakresie skrócenia kolejek do specjalistów sprzed 5 lat i obecną, nie obserwuje się progresu. W trakcie kontroli okazywało się, że tzw. wskaźnik razy trzy był, delikatnie mówiąc, nadużywany. A teraz niektórzy świadczeniodawcy, skuszeni słowem „Nielimitowane”, podpisali umowy, których bez podwykonawców nie są w stanie zrealizować, natomiast podmioty typowo onkologiczne będą rozliczać świadczenia w części umowy limitowanej, co może doprowadzić do poważnych problemów finansowych. Wystarczyło znieść limity na leczenie chorób związanych z nowotworami złośliwymi. Byłoby mniej zamieszania i więcej korzyści dla pacjentów.

Hanna Waligórska, Erwin Strzesak
Autorzy są ekspertami Wielkopolskiego Centrum Onkologii.