

Czy w pakiecie onkologicznym wszystkie chwytły są dozwolone



## Kolejka do kolejki



© Jerry Nelson/illustration Works/Corbis

Po wejściu w życie tzw. pakietu onkologicznego najczęściej zadajemy sobie pytanie, czy spowoduje on zmniejszenie kolejek i czy zastosowane narzędzia będą skuteczne. Pierwszy miesiąc obowiązywania regulacji pozwala już ocenić ich skutki i przewidzieć, czy zostanie osiągnięty cel założony przez Ministerstwo Zdrowia. Warto zatem przeanalizować kluczowe instrumenty, jakimi posłużył się resort w celu likwidacji kolejek.

Zacznijmy od „ograniczonego bezlimitowania”. To zupełnie nowe pojęcie, które można dzisiaj wprowadzić, wczytując się w zasady rozliczania świadczeń z NFZ. O ile w założeniach projektu i prezentacjach ministra zdrowia przedstawiono koncepcję nieograniczonego finansowania leczenia pacjentów onkologicznych, o tyle zasady ustalone przez płatnika ograniczają tę możliwość dość znacznie.

Dla przypomnienia: pacjentem onkologicznym (w rozumieniu pakietu) jest ten chory, któremu wystawiono kartę pacjenta onkologicznego i u którego nie wykluczono nowotworu. Zatem w wypadku podejrzenia choroby rozrostowej lekarz POZ kieruje pacjenta do poradni specjalistycznej w celu przeprowadzenia diagnostyki. Ujęte w ryczałtach pakiety mają sfinansować badania niezbędne do potwierdzenia lub wykluczenia raka. O ile w części przypadków jest to możliwe poprzez małoinwazyjne zabiegi (biopsja, pobranie wycinka skóry, usunięcie drobnej zmiany), o tyle w dużej części podejrzeń konieczne jest usunięcie zmiany lub narządu, co wiąże się z przeprowadzeniem zabiegu chirurgicznego.

Tu pierwsza niespodzianka. Jeśli w karcie pacjenta onkologicznego lekarz specjalista nie ma możliwości potwierdzenia nowotworu, szpital musi wykonać ten zabieg w ramach umowy limitowanej. Zatem niejako w pakiecie, ale poza pakietem. W pakiecie, bowiem obowiązuje 14-dniowy termin wykonania zabiegu, ale poza pakietem, bo placówka nie otrzyma zapłaty w przypadku przekroczenia limitu. Jeśli dodamy do tego, że struktura kontraktów szpitali onkologicznych najczęściej składa się z 80, 90 proc. świadczeń nielimitowanych i od 20 do 10 proc. (czasem nawet mniej) limitowanych, to do przekroczenia kontraktu dojdzie szybko. Wtedy można liczyć (oceniając po latach poprzednich), że mniej więcej po roku szpital odzyska ok. 50 proc. wartości udzielonych świadczeń.

Rozwiązaniem może być wykonanie badania histopatologicznego śródoperacyjnie, co pozwoli szpitalowi na rozpoznanie (w wypadku potwierdzenia choroby złośliwej), choć nie wszyscy mają taką możliwość, a i wartość docelowa takiego badania często podawana jest w wątpliwość.

### Kolejne wątpliwości

To nie jedyny przypadek ograniczenia bezlimitowego finansowania. Załóżmy bowiem, że chory ma potwierdzenie nowotworu złośliwego i zabieg lub leczenie (np. chemioterapia) jest finansowane z umowy bezlimitowej.

Niejednokrotnie jest tak, że stan kliniczny wymaga wykonania świadczeń dodatkowych, które na zasadach określonych przez NFZ są sumowane ze świadczeniem zasadniczym. Do takich postępowań należy np. przetoczenie krwi. Zgodnie ze stanowiskiem płatnika świadczenia do sumowania nie są objęte bezlimitowym finansowaniem. Choć stanowią część postępowania

„ Szpitale przyjmują pacjentów, leczą i z trwogą patrzą, jak topnieje kontrakt limitowany ”

w leczeniu nowotworu u pacjenta z kartą, na której wpisano rozpoznanie nowotworu złośliwego. W wielu ośrodkach wartość świadczeń rozliczanych z katalogów do sumowania przekracza wartość kontraktu w części limitowanej.

Ograniczenia w limitowaniu odnoszą się również do zachowania określonych w pakiecie czasów udzielenia świadczenia. Jeśli bowiem leczenie nie zostało rozpoczęte 14 dni od daty zapisania chorego na listę oczekujących, świadczenie będzie rozliczone z części limitowanej. Jeżeli udzielenie świadczenia po terminie 14 dni wynika ze złej organizacji pracy świadczeniodawcy, regulacja ta ma sens, jeżeli jednak udzielenie świadczenia nie było możliwe w tym terminie – nie.

Już dzisiaj spotykamy się z sytuacjami, gdy do szpitala zgłaszają się pacjenci w celu rozpoczęcia leczenia, a materiał diagnostyczny jest wątpliwy lub wymaga uzupełnienia. Oczywiście można, działając na szkodę chorego, odesłać go do specjalisty, ale przecież nie o to chodziło w pakiecie. Szpitale zatem przyjmują, leczą i z trwogą patrzą, jak topnieje kontrakt limitowany. Nie ma również mowy o tym, by w sensowny sposób sfinansować wykonanie brakującej diagnostyki.

To ograniczenie ma dla płatnika sens dwojaki. Z jednej strony, zmusza do rozładowania kolejki, z drugiej, ogranicza ryzyko poniesienia zwiększonych kosztów na zaopatrzenie chorych oczekujących na świadczenie. Wisienką na torcie może się stać zapłata 50 proc. wartości świadczeń w wypadku nadwykonania.

### Leczenie na kartki

Choć pakiet onkologiczny zapewnia pacjentowi swoistą kartkę, niczym za czasów reglamentowania towarów, to wcale nie oznacza, że chory nie będzie czekał na zrealizowanie świadczenia. Ustawa tworzy nową listę oczekujących dla posiadaczy karty. Tu mamy ogromną biurokratyzację związaną z kartą oraz zgłoszeniem do kolejki. Płatnik nałożył bowiem obowiązek wypełniania dokumentacji w systemie teleinformatycznym. Odrębna aplikacja do zakładania i wypełniania karty działa powoli, często się zawiesza, a czas potrzebny do wypełnienia rubryk sięga nawet 40 minut. Jeśli dodamy do tego trudności z interpretacją wymaganych wpisów, to wypełnienie karty staje się udręką.

Podobnie jest z wprowadzaniem danych pacjenta na listę oczekujących. Tu również czynności muszą

„Odrębna aplikacja do zakładania i wypełniania karty działa powoli, często się zawiesza, a czas potrzebny do wypełnienia rubryk sięga nawet 40 minut”

być wykonywane w czasie rzeczywistym, czyli podczas zgłoszenia się pacjenta. Dla utrudnienia NFZ udostępnił w tym celu odrębną aplikację, do której wypełnienia trzeba mieć jednocześnie otwartą aplikację karty onkologicznej (znajdują się w niej dane niezbędne do umieszczenia chorego w kolejce). Zgodnie z instrukcją płatnika: „należy uzupełnić ze słownika imię i nazwisko pacjenta, rozpoznanie, dokładność planowanego terminu, planowany termin udzielenia świadczenia, datę wpisu na listę, numer karty DILO, etap w ramach ścieżki SSO oraz informację na temat uwzględnienia daty zgłoszenia u innego świadczeniodawcy”.

Dodatkowo najpierw każdego pacjenta należy dodać do bazy danych systemu AP-KOLCE (systemu kolejkowego). Aby tego dokonać, trzeba wpisać wszystkie dane osobowe i demograficzne (typ identyfikatora, identyfikator, imię, nazwisko oraz dane adresowe – państwo, kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer lokalu). Wymaga to podwójnego wpisywania tych samych danych do systemów – DILO i AP-KOLEC w czasie rzeczywistym, bowiem systemy nie komunikują się ze sobą.

### Twarde dane

Według komunikatu z 22 grudnia – od 1 stycznia 2015 r. na listach oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie karty onkologicznej należy odnotować następujące etapy:

- oczekiwanie na diagnostykę wstępną (kod 1),
- oczekiwanie na diagnostykę pogłębioną (kod 2),
- oczekiwanie na konsylium (kod 3),
- oczekiwanie na zabieg chirurgiczny po diagnostyce wstępnej (kod 4),
- oczekiwanie na rozpoczęcie leczenia onkologicznego (kod 5),
- oczekiwanie na dalsze leczenie onkologiczne (kod 6).

Taka to informatyzacja, która nie służy usprawnianiu pracy. Oczywiście w tym czasie pacjent czeka. Czeka ten, któremu wystawiamy kartę i którego umieszczamy na liście, oraz czeka ten, który ma być wpisany na listę. Skalę problemu można zobrazować prostym wyliczeniem. Jeśli w danym ośrodku lekarz dokonuje



wpisu na listę oczekujących tylko 50 osób i poświęca na tę czynność 30 minut, zajmie mu to 25 godzin!

Czy musi to robić lekarz? Oczywiście, bowiem dostęp do systemu jest personalizowany na osoby wykonujące zawód medyczny. Zatem albo zmniejszamy liczbę przyjmowanych chorych (tym samym zwiększamy kolejkę), albo nie wpisujemy do kolejki pacjentów, dzięki czemu statystyka oczekujących się poprawi. Pacjent jednak nadal czeka, tyle że nie na świadczenie, a na zapisanie się do świadczenia. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, chory musi być zapisany na listę oczekujących w dniu zgłoszenia się do lecznicy, jeśli świadczenie nie może być udzielone w dniu zgłoszenia. Dodatkowo warto przypomnieć, że zapis ten określa również, iż czynności dokonuje się w godzinach pracy świadczeniodawcy. W wypadku szpitala – całodobowo.

### Kolejka musi iść swoim tempem

Ograniczenie pojawia się również w wypadku osób, u których rozpoznano chorobę nowotworową przed

„Wzrost wydatków można powstrzymać poprzez tworzenie list oczekujących, jednak aby skrócić listę i nie wydać na to pieniędzy, trzeba ukryć część populacji w meandrach przepisów”

1 stycznia 2015 r. Zgodnie z wymogami NFZ u tych osób wymagane jest wypełnienie w karcie pacjenta onkologicznego „harmonogramu leczenia”. Nic by w tym nie było złego, gdyby nie fakt, iż dodatkowo wymagane jest przeprowadzenie konsylium. Oznacza to, że jeśli chory jest w trakcie leczenia i po zakończonym kursie chemioterapii w grudniu przychodzi na kolejny w styczniu, to zanim go otrzyma, musi mieć wystawioną kartę, a jego dalsze leczenie musi zostać zweryfikowane przez zespół specjalistów. Taka to trochę sztuka dla sztuki, bowiem jeśli pacjent leczy się w danym ośrodku u tych samych specjalistów od lat, ponowne rozpatrywanie jego planu leczenia jest bezzasadne. Nie komentuję już kwestii czysto merytorycznych i tego, w jakim położeniu stawiamy członków konsylium, którzy niejako mają ocenić pracę swoich kolegów.

„Zgodnie z obowiązującymi przepisami, chory musi być zapisany na listę oczekujących w dniu zgłoszenia się do lecznicy, jeśli świadczenie nie może być udzielone w tym dniu”

Trzeba ponadto zwrócić uwagę, że chory, który kontynuuje leczenie, nie ma problemu z uzyskaniem ścieżki regulowanej nowymi przepisami. On już ma plan leczenia, terminy i rzucanie terapeutom dodatkowych kłód pod nogi w postaci biurokracji odbije się wyłącznie na pacjencie. Można było przecież ograniczyć zakres administracji danych w wypadku pacjentów już leczonych.

Przy tej okazji należy wspomnieć, że część osób, u których rozpoznano chorobę lub które mają jej podejrzenie powstałe przed 1 stycznia 2015 r., jest zapisana na „nieonkologiczną” listę oczekujących. Pierwszy ich kontakt z lecznicą (kiedy się doczekają terminu) będzie związany z założeniem im karty, czyli opisaną powyżej administracją. Rodzi się jednak pytanie, kiedy się doczekają. Jeśli bowiem priorytet mają ci, którzy mają już kartę, to chorym w „zwykłej kolejce” czas się będzie wydłużał. Korzystniej dla nich będzie zgłosić się ponownie do lekarza POZ, aby uzyskać kartę z podejrzeniem i wejść w „szybką ścieżkę”. U lekarza rodzinnego poczekają w kolejce, bowiem przybyli tam chorzy po skierowanie do okulisty i dermatologa, jednak często czas oczekiwania będzie krótszy niż w szpitalu.

Stworzenie kolejki do kolejki może poprawić statystyki. Zbudowanie ogromnego mechanizmu biurokracji powstrzymującej wydolność lecznic (czas udzielania świadczeń przez lekarza) oraz ograniczenie bezlimitowości można odczytać jako metodę bezpiecznego zrealizowania założeń ministra zdrowia.

Nadal uważam, że koncepcja ministra jest słuszna. Pakiet onkologiczny, szybka ścieżka to bardzo dobre rozwiązanie. Niestety ich realizacja wymaga dodatkowych nakładów, wiąże się z koniecznością zwiększenia finansowania świadczeń – trudnego dziś do przewidzenia zwiększenia. Wzrost wydatków można powstrzymać poprzez tworzenie list oczekujących, jednak aby skrócić listę i nie wydać na to pieniędzy, trzeba ukryć część populacji w meandrach przepisów i wierzyć w to, że świadczeniodawcy i tak zrobią wszystko, aby pomóc pacjentowi.

Rafał Janiszewski  
Autor jest ekspertem ochrony zdrowia,  
właścicielem kancelarii doradczej.