

**CZŁOWIEK,
KTÓRY PRÓBUJE
ZMIENIĆ SYSTEM**

Rozmowa z Tadeuszem Jędrzejczykiem, prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia

Wyobraźmy sobie taką sytuację: jest piątek, 2 stycznia 2015 r. Pani Henryka, mieszkanka Poznania, stwierdza, że musi odwiedzić lekarza rodzinnego, bo zauważyła dziwne zgrubienie w piersi. Wystraszyła się, ponieważ ostatnio dużo mówiło się o nowotworach. Wybiera się zatem do swojego lekarza rodzinnego, by poprosić o pomoc. Wchodzi do gabinetu i... Na co może liczyć? Pytam oczywiście w kontekście pakietu onkologicznego, który ma wejść w życie od nowego roku. Jak pana zdaniem będzie to wyglądało od strony lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, onkologa i dyrektora szpitala?

Jeżeli lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – na podstawie obserwacji, wywiadu i badań – podejrzewa chorobę nowotworową, to ma prawo wydać pacjentowi zieloną kartę. Tym samym zapewnia mu dostęp do nielimitowanych świadczeń. W skrócie – pacjent bez oczekiwania i poza kolejką, w czasie dwóch tygodni, będzie przyjęty do specjalisty, a w ciągu dziewięciu tygodni zostanie postawiona diagnoza. Oznacza to, że czas, jaki upłynie od momentu rozpoznania choroby do określenia ewentualnego stopnia zaawansowania nowotworu, będzie krótki. Cel w tym wszystkim jest taki, żeby pacjent szybko został zdiagnozowany i jak najszybciej usłyszał: „Choroba nowotworowa w pana przypadku jest wykluczona” albo „Konieczne jest przeprowadzenie dalszych badań” albo wreszcie – „Obecnie nie ma objawów wskazujących na raka, niemniej znajduje się pan/pani w grupie ryzyka i zapraszam na wizytę za pół roku lub za rok”. Tym samym będzie miał szansę na skuteczniejsze leczenie, a w efekcie poprawi się współczynnik wykrywania nowotworów wśród Polaków.

Dla samego lekarza rodzinnego niewiele się zmienia. Do tej pory jego rola polegała na tym, że doradzał pacjentom korzystanie z pomocy poradni onkologicznej. Te przyjmują chorych bez skierowania. Do końca 2014 r. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej za taką poradę nie dostawał dodatkowych pieniędzy. Od stycznia otrzyma narzędzia, które ułatwią im diagnozowanie pacjentów z podejrzeniem choroby onkologicznej. Dostaną za to także dodatkowe wynagrodzenie. Łącznie wzrost nakładów na podstawową opiekę zdrowotną przekroczy kilkanaście procent.

Z kolei z perspektywy onkologa początek stycznia to więcej zdiagnozowanych i skierowanych do niego – przez lekarzy rodzinnych – osób zagrożonych nowotworem. Dzięki temu onkolog będzie mógł dokładniej przyjrzeć się temu, co wykazały badania zlecone przez lekarza rodzinnego. Później wspólnie z innymi członkami konsylium zdecyduje, jak pokierować dalszym leczeniem pacjenta.

Podstawą diagnostyki jest jednak ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Od 1 stycznia diagnostykę wstępną

OD STYCZNIA LEKARZE RODZINNI

OTRZYMAJĄ NARZĘDZIA, KTÓRE

UŁATWIĄ IM DIAGNOZOWANIE

PACJENTÓW Z PODEJRZENIEM

CHOROBY ONKOLOGICZNEJ

– rozstrzygającą, czy jest choroba nowotworowa czy też nie – oraz pogłębioną – służącą m.in. do określenia stopnia zaawansowania choroby – przychodnie będą mogły rozliczyć na podstawie tzw. produktów skojarzonych, obejmujących diagnostykę nowotworów w danej lokalizacji. Do lekarza specjalisty będzie należała decyzja, czy i jakie badania wykonać, aby ostatecznie zweryfikować rozpoznanie. Jednym z celów reformy jest przeniesienie części procedur do opieki ambulatoryjnej. W przypadku opieki ambulatoryjnej wejście do systemu nie jest obowiązkowe. Przychodnie, które jednak się na taki ruch zdecydowały, muszą zapewnić odpowiednie zaplecze diagnostyczne. Ma to właśnie na celu skrócenie czasu i ograniczenie „krążenia” pacjenta po systemie. Intencja jest właśnie taka, aby pacjent nie słyszał: „To badanie może pani wykonać tu, jest kolejka, trzeba się zarejestrować, potem pani wróci do nas i jeszcze raz swoje odczeka”.

Dyrektor szpitala specjalizującego się w leczeniu nowotworów będzie miał nowe obowiązki. Pierwszym jest konieczność organizowania konsyliów, które zatwierdzą plan leczenia chorego. Trzeba podkreślić, że takie postępowanie nie jest niczym nowym w praktyce leczenia szpitalnego. To co się zmieni, to zwiększenie wymagań w kierunku interdyscyplinarności i traktowanie konsylium jako kamienia milowego w procesie leczenia. Drugi obowiązek to konieczne z punktu widzenia sprawnej organizacji leczenia wyznaczenie koordynatora, który po ustaleniu planu leczenia będzie się opiekował pacjentem w sensie organizacyjnym. W zamian za to te świadczenia, które będą realizowane w placówce na podstawie karty leczenia onkologicznego, nie będą limitowane. To oznacza, że pieniądze trafią do szpitala za każdym pacjentem, który wybierze tę placówkę, aby się leczyć. Także za panią Henryką, jeśli okaże się, że ma problemy onkologiczne.

Zdaje pan sobie sprawę, że przez liczne środowiska lekarskie i specjalistów z branży pakiet onkologiczny w formie, jaką pan przed chwilą przedstawił, jest uważany za projekt nie do zrealizowania? Począwszy od porozumienia z lekarzami rodzinnymi, przez finansowanie leczenia, na zorganizowaniu składu konsylium skończywszy. Jednak pierwsza kwestia, którą trzeba tutaj poruszyć, to czas. Do wejścia tych przepisów w życie zostało niecałe sześć tygodni, a wiele spraw jest nadal niejasnych. Między innymi wspomniane porozumienie z lekarzami rodzinnymi. Ci grożą, że po zmianie stawek za leczenie, nie będą w stanie wiązać końca z końcem i co za tym idzie – nie podpiszą kontraktów z NFZ. Mówią też, że „od samego mieszania herbaty nie stanie się słodsza”. Mają na myśli zmiany we wzorze finansowania stawki kapitałowej...

Zacznijmy od początku. Rozmowy z lekarzami rodzinnymi w sprawie pakietu nie rozpoczęły się wczoraj. Od kilku tygodni rozmawiamy o finansowaniu POZ i staramy się wypracować wspólne stanowisko. Nie można też mówić o nieefektywnym „mieszaniu herbaty”. Nakłady na podstawową opiekę zdrowotną w przyszłym roku wzrosną. Ponadto trzeba pamiętać, że sama zmiana wzoru stawki kapitałowej pozwoli pomnożyć efekt. Za te same pieniądze możemy uzyskać większą lub mniejszą wartość dodaną, w zależności od tego, w jaki sposób je wydamy. Według mnie nasza propozycja pozwoli zwiększyć wartość dodaną. Trzeba też podkreślić, że nie po raz pierwszy lekarze rodzinni zapowiadają niepodpisanie kontraktów. Na rozmowy zawsze jesteśmy otwarci, jakkolwiek NFZ zarządza określonymi zasobami i z każdym podmiotem negocjuje umowę w ten sposób, aby łącznie zmieścić się w planie finansowym.

Słowa lekarzy rodzinnych o tym, że nie będą w stanie wiązać końca z końcem, traktuje pan jako element gry?

Sądzę, że to jest element negocjacji. Owszem, przyszłoroczne zmiany wiążą się z poszerzeniem kompetencji, ale fakt jest taki, że lekarzy rodzinnych w przyszłym roku czeka kilkunastoprocentowy wzrost wartości umów. Nie zamierzam też za pośrednictwem mediów w żaden sposób negocjować z przedstawicielami POZ. Podsumowując – przygotujemy dla nich dobrą ofertę.

A jeśli okaże się, że lekarze rodzinni nagle zaczną wysyłać na specjalistyczne badania zbyt wielu pacjentów, blokując tym samym inną możliwość diagnostyki? Czy nie wydłużą – i tak niemałych – kolejek? Czy to nie będzie „wąskie gardło” tego systemu?

Poszerzenie kompetencji lekarzy rodzinnych ma temu zjawisku zapobiec. Celem zmian jest zatrzymanie



większej niż do tej pory liczby pacjentów na poziomie lekarza rodzinnego. Nasza oferta, jak sądzę dobra, jest związana właśnie z tym: więcej środków, więcej kompetencji, ale także – co z punktu widzenia każdego płatnika jest oczywiste – większa odpowiedzialność za sprawowaną opiekę.

Pojawiają się również wątpliwości, czy lekarze rodzinni będą mieć odpowiednią wiedzę i umiejętności, aby trafnie stwierdzić, czy pani Henryka ma problem onkologiczny. Czy dzięki proponowanym szkoleniom ich wiedza i umiejętności się zwiększą?

Lekarze rodzinni są także specjalistami, z tym zastrzeżeniem, że ich kompetencje są bardziej przekrojowe z jednej strony i skoncentrowane na najczęściej występujących chorobach z drugiej. Zarówno program studiów, jak i specjalizacji obejmuje także rozpozna-



Fot. PAP / Magdalena Zagdańska

**NA ROZMOWY
ZAWSZE JESTEŚMY OTWARCI,
JAKKOLWIEK NFZ
MA DO DYSPOZYCJI
OKREŚLONE ZASOBY
I Z KAŻDYM PODMIOTEM
NEGOCJUJE UMOWĘ
W TEN SPOSÓB, ABY ŁĄCZNIE
ZMIĘŚCIĆ SIĘ W PLANIE
FINANSOWYM**

wanie nowotworów. Lekarze POZ są zatem przygotowani merytorycznie do pracy i wciąż doskonalą swoją wiedzę i umiejętności. Dla tych lekarzy, którzy zgłaszają chęć uzupełnienia i aktualizacji swojej wiedzy, została przygotowana specjalna oferta z udziałem najlepszych specjalistów Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Nie ma oczywiście przeszkód, aby z takich szkoleń skorzystać na przykład w izbach lekarskich. Warto podkreślić, że zawód lekarza jest „wolny”, co między innymi oznacza, że lekarz sam stara się uzupełniać i aktualizować wiedzę. Ewentualna oferta edukacyjna ma w tym tylko pomóc.

A jak pan w tej sytuacji skomentuje problem finansowania w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej?

Świadczenia w opiece ambulatoryjnej także ulegną modyfikacji. Pacjent na „ścieżce onkologicznej” uzy-

ska prawo do nielimitowanych świadczeń. Sama wyce-
na kosztów przechodzi od 1 stycznia do kompetencji
Agencji Oceny Technologii Medycznych, która doko-
na jej, nie będąc jednocześnie stroną umowy. Jest to
sytuacja z punktu widzenia NFZ bardziej komforto-
wa, niemniej przed końcem roku musieliśmy przyjąć
cennik w obszarach, które uległy zmianie ze względu
na pakiet. Po wtóre, została podjęta decyzja, że mniej
więcej jedna czwarta środków, którymi NFZ dyspono-
wał z tytułu większego, niż planowano, spływu skład-
ki, zostanie przeznaczona na podniesienie finansowania
świadczeń ambulatoryjnych. Generalnie strategią NFZ
będzie ewolucja kontraktowania świadczeń w opie-
ce stacjonarnej na formy ambulatoryjne, oczywiście
w uzasadnionych przypadkach.

Czy prawdą jest to, że nielimitowane procedury onkologiczne przeprowadzane w ramach pakietu będą finansowane z kontraktów oddziałów zabiegowych poszczególnych szpitali?

Także do tej pory oddział zabiegowy przeznaczał część
środków na zabiegi związane z leczeniem nowotworów.
To się nie zmienia. Oprócz środków na operacje onko-
logiczne, które będą nielimitowane, pozostanie możli-
wość finansowania innych zabiegów. Zasada jest taka,
że ustalanie warunków finansowych będzie oparte na
dotychczasowym kontraktowaniu i dostęp do innych
świadczeń pozostanie na podobnych poziomach.



Fot. PAP/Radek Pietruszka

**SĄ DWA PODEJŚCIA:
ALBO WYCHODZIMY Z ZAŁOŻENIA,
ŻE PROBLEM JEST
ZA TRUDNY, BY GO ROZWIĄZAĆ,
ALBO PRÓBUJEMY
ZMIENIĆ SYSTEM.
JESTEM ZWOLENNIKIEM
TEGO DRUGIEGO PODEJŚCIA**

Czy zdołają państwo wprowadzić pakiet onkologiczny przy obecnych możliwościach finansowych NFZ?

Pierwszy raz od kilku lat mamy do czynienia z sytuacją, że pieniędzy ze składek wpłynęło więcej, niż planowaliśmy. W tym roku ta kwota w planie finansowym wzrosła prawie o 820 mln zł i już znajduje się w dyspozycji oddziałów wojewódzkich. W planie finansowym na przyszły rok mamy ok. 1,6 mld zł więcej niż w 2014 r. W takiej sytuacji łatwiej jest przeprowadzać reformy.

A co w takim razie z kolejnymi zaangażowanymi w pakiet onkologiczny? Mowa o dyrektorach szpitali i ich obawach, że nie będą w stanie zorganizować konsyliów.

Zorganizowanie konsyliów to wymóg ustawy i rozporządzenia. Ich celem jest przede wszystkim zapewnienie jakości diagnozowania. Dyrektorzy mają możliwość zawarcia umów podwykonawczych. Zdajemy sobie sprawę, że liczba specjalistów jest ograniczona, jednak to nie liczba zadań czy chorych ma się zmienić, ale organizacja pracy. Niemniej konsylia są już obecnie standardem w dobrych jednostkach, a istotny jest nie tylko wymiar zwiększania dostępności, lecz także efektywności i jakości leczenia.

Pojawia się jednak kolejna wątpliwość. Czy dziewięć tygodni wystarczy na wykonanie wszystkich badań i postawienie diagnozy? Przecież w Polsce kolejki do specjalistów częściej liczy się w miesiącach, a nawet latach, niż tygodniach.

Jeśli któraś placówka nie zmieści się w terminie dziewięciu tygodni, wtedy będziemy płacić stawkę niższą o 30 proc. niż za świadczenie wykonane planowo.

A jeśli mówimy o wykonaniu zadania, to Narodowy Fundusz Zdrowia jest od realizacji planu stworzonego przez Ministerstwo Zdrowia, prawda? To resort zakłada, co ma być zrobione, pozostawiając ciężar realizacji zadań na pana barkach. Trzeba powiedzieć otwarcie – wprowadzenie pakietu onkologicznego wzbudza wiele wątpliwości. Tak po ludzku, nie boi się pan, że to się nie uda?

Są dwa podejścia: albo wychodzimy z założenia, że problem jest za trudny, by go rozwiązać, albo próbujemy zmienić system. Jestem zwolennikiem tego drugiego. Nawet jeśli uda się ulepszyć system w 30 lub 40 proc., to już będziemy mogli mówić o sukcesie.

A wtedy osoby panu przeciwne mogą chcieć pana dymisji...

Wiem i liczę się z tym. Mam jednak nadzieję, że niezależnie od tego, co się stanie, także dzięki pracy mojej i całego zespołu NFZ przytoczona przez pana pani Henryka otrzyma szybką i odpowiednią pomoc, której nie uzyskalaby bez pakietu onkologicznego.

Rozmawiał Krystian Lurka