



Fot. Tomasz Pietrzyk/Agencja Gazeta

Pakiet straceńców

Rozmowa z Adamem Maciejczykiem, prezesem elektem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Ośrodki onkologiczne donoszą o dużych stratach. Czy pana zdaniem pakiet onkologiczny przyczynił się do powiększenia tych strat?

Analizy strat finansowych wykonane przez Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych pokazały, jak szybko rosło zadłużenie szpitali od wejścia w życie pakietu onkologicznego. Przed wprowadzeniem pakietu, w 2014 r., straty szpitali wyniosły 205,8 mln zł. Po wprowadzeniu pakietu

353,7 mln zł, a w 2016 r. aż 446 mln zł. Częstkowe dane za 2017 r. pokazują, że straty nadal rosną. Tylko w okresie od stycznia do kwietnia wyniosły już ponad 280 mln zł. Dodatkowo wymogi stawiane szpitalom w związku z pakietem przyczyniły się do wzrostu kosztów funkcjonowania jednostek. Zmiany zostały wprowadzone bez jednoczesnego zwiększenia środków, co negatywnie wpłynęło na ogólną sytuację finansową szpitali. Wraz z wprowadzeniem pakietu obniżono wycenę wielu procedur, np. hospitalizacji do radioterapii

i chemioterapii czy zabiegów chirurgicznych. Założenia tej reformy dla pacjentów były jak najbardziej słuszne, ale boleśnie odbiły się na sytuacji finansowej pełnoprofilowych szpitali onkologicznych.

Minister złożył już odpowiednie zlecenie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na nową wycenę świadczeń w pakiecie onkologicznym. Gdzie są największe problemy w zakresie tych wycen?

Zasadniczy problem polega na tym, że od 2012 r. wartości świadczeń utrzymują się na tym samym poziomie lub zostały drastycznie obniżone i są niewspółmierne do kosztów ponoszonych przez szpitale. Dodatkowo koszty w ostatnich latach znacząco wzrosły. Pięć lat to w medycynie bardzo długi czas, w którym dokonał się ogromny postęp. Naturalne jest, że wraz z rozwojem technologii medycznych rosną także koszty leczenia. Podstawą onkologii jest kompleksowość i interdyscyplinarność, czyli leczenie kilkoma metodami – leczenie skojarzone, oparte na kompetencjach specjalistów różnych dziedzin, w tym również spoza onkologii. Dodatkowo musimy pamiętać, że 10 czy 20 lat temu mieliśmy znacznie mniej zachorowań na nowotwory. Na początku lat dziewięćdziesiątych było o połowę mniej zachorowań niż obecnie. Zmienił się także profil osób chorujących – dzisiaj mamy więcej osób starszych, które zazwyczaj mają choroby współistniejące i schorzenia przewlekłe. Choroby nowotworowe stały się problemem społecznym, który dotyka coraz więcej osób. Obecnie w Polsce z chorobą nowotworową żyje ponad pół miliona osób. Dla wielu z nich nowotwór jest chorobą przewlekłą. Musimy się więc skupić nie tylko na wydłużeniu życia, lecz także na poprawie jego jakości. Rosnące koszty procedur w połączeniu z dynamicznym zwiększaniem się liczby pacjentów onkologicznych powodują, że system nie jest w stanie tego udźwignąć. Im szybciej zdamy sobie z tego sprawę i podejmiemy działania naprawcze, tym lepiej.

Czy pana zdaniem można liczyć na znaczącą poprawę?

Mam podstawy sądzić, że problem onkologii został dostrzeżony. Przedstawiciele ważnych instytucji zaczęli z nami rozmawiać. Jesteśmy do dyspozycji, żeby przedstawić wszystkie niezbędne dane i analizy. Bez radykalnych zmian organizacyjnych nie poprawimy statystyk w zakresie wyleczalności. Na to potrzebne są przede wszystkim większe nakłady finansowe, ale również racjonalne zorganizowanie systemu. Największym problemem jest brak koordynacji. Przez ostatnie lata doszło do bardzo dużego rozproszenia opieki onkologicznej. W pierwszym kwartale tego roku NFZ zawarł umowy na realizację pakietu onkologicznego z 2456 świadczeniodawcami, a z danych o realizacji

„Przed wprowadzeniem pakietu, w 2014 r., straty szpitali wyniosły 205,8 mln zł. Po wprowadzeniu pakietu 353,7 mln zł, a w 2016 r. aż 446 mln zł”

pakietu wynika, że połowa świadczeń została zrealizowana w 20 szpitalach onkologicznych. To świadczy o bardzo dużym rozdrobieniu kontraktów, ale także o tym, że faktyczna odpowiedzialność za pacjentów onkologicznych spoczywa na największych ośrodkach w kraju. Dlatego opowiadamy się za koordynacją leczenia. Wprowadzenie koordynacji byłoby gwarancją merytorycznego nadzoru nad tym, jak leczeni są pacjenci w mniejszych i mniej doświadczonych placówkach. Często „przekierowywani” są do nas pacjenci, u których wykonano zabieg lub zastosowano nieodpowiednią metodę bez wcześniejszego planu terapeutycznego. Skutkuje to niepotrzebnym wydłużaniem czasu leczenia, co u chorych na nowotwory przekłada się na większe ryzyko niepowodzenia terapii. Dla publicznego płatnika oznacza to dużo wyższe koszty refundacji, powiększone o leczenie powikłań czy leczenie paliatywne. Trafiają do nas również pacjenci, którym w ramach karty DiLO wykonano wyłącznie wstępną diagnostykę onkologiczną. Z uwagi na jej niską jakość i brak badań histopatologicznych musimy te badania powtarzać i uzupełniać, ale już w ramach świadczeń limitowanych. Wtedy z kolei w sposób nieunikniony rośnie liczba tzw. nadwykonań. Wartość nadwykonań niezapłaconych przez NFZ w naszych szpitalach wynosi już ponad 200 mln zł.

Zmiany wycen mogłyby prawdopodobnie dotyczyć m.in. diagnostyki, radioterapii, a także zabiegów chirurgicznych – szczególnie operacji nowotworów piersi i układu pokarmowego. Czy to dobry kierunek?

Każdy krok w kierunku poprawy wyceny świadczeń onkologicznych jest dobry. Istotne jest, aby nowe wyceny opierały się na rzetelnych danych. Mamy analizy, które pokazują, jakie ponosimy faktyczne koszty leczenia. Zrobiliśmy także szczegółową analizę dla raka piersi i wyszło nam, że zabieg oszczędzający piersi powinien być wyceniony na 8228 zł, a refundacja NFZ wynosi obecnie 5826 zł. Chirurgia onkologiczna jest najbardziej zaniedbana. Większość kompleksowych zabiegów jest niedoszacowana od 20% do 40%. Analizowaliśmy również, jakie oddziały przynoszą największe straty. Urologia jest finansowana przez NFZ na pozio-



Fot. Tomasz Pietrzyk/Agencja Gazeta

„ Obecnie w Polsce z chorobą nowotworową żyje ponad pół miliona osób ”

mie ok. 58%, ginekologia onkologiczna na poziomie ok. 65%. Przed nami na pewno dużo pracy. Wycena świadczeń powinna być dostosowana do dzisiejszych potrzeb pacjentów i przede wszystkim kompleksowa.

Na czym polega kompleksowość leczenia, o której pan wcześniej wspomniał?

Kompleksowa opieka onkologiczna to idea, którą najlepiej można zobrazować na przykładzie Breast Unit, który otworzyliśmy we Wrocławiu 26 maja tego roku. Za tą nazwą kryje się przede wszystkim doświadczony zespół specjalistów oraz koncepcja wielodyscyplinarnego i skoordynowanego leczenia nowotworów piersi. Koncepcja ta polega na kompleksowej opiece nad pacjentką na wszystkich etapach choroby: od diagnozy i konsultacji zespołu specjalistów, po operację, radioterapię, leczenie systemowe, wsparcie fizjoterapeuty i psychologa, aż do kontroli po procesie terapeutycznym i poradę genetyka. Dzięki koordynacji opieki optymalizujemy profilaktykę, diagnostykę i proces leczenia na wszystkich etapach. To postępowanie zgodne z najnowszymi międzynarodowymi standardami. Z całościowym podejściem do opieki onkologicznej na pewno związane są odpowiednie zmiany organizacyjne,

których koszty obecnie szacujemy w ramach projektu prowadzonego przez Polskie Towarzystwo Onkologii we współpracy z Instytutem Onkologii, regionalnymi centrami onkologii i Uniwersytetem Ekonomicznym we Wrocławiu.

Czy według pana można liczyć na wprowadzenie takiego systemu w niedalekiej przyszłości?

To wymaga dużych zmian organizacyjnych w skali kraju i w samych szpitalach onkologicznych, ale takie rozwiązania są możliwe. Mamy w Polsce świetnie zorganizowane ośrodki, np. Świętokrzyskie Centrum Onkologii, które ma kliniki narządowe i nowoczesne zaplecze laboratoryjne. Niezbędne są jednak zmiany, które uporządkują cały system opieki onkologicznej.

Mówił pan też o koordynacji leczenia. Wprowadzona właśnie nowelizacja zakłada, że placówki mają wyznaczać koordynatora leczenia onkologicznego, który będzie m.in. informował pacjenta o organizacji procesu leczenia oraz zapewniał współpracę placówek. Czy to jest właśnie realizacja pomysłu, o którym pan mówił? Jakie mogą płynąć z niej korzyści w kwestii wydatkowania pieniędzy.

Koordynator leczenia onkologicznego to *de facto* opiekun pacjenta, który prowadzi go przez kolejne etapy leczenia. W moim szpitalu opiekunowie pacjentów zostali powołani wraz z wejściem pakietu onkologicznego w 2015 r. Natomiast koordynacja, o której wspominałem wcześniej, dotyczy współpracy między szpitalami.

W chirurgii onkologicznej przyjmuje się, że minimalna liczba zabiegów z zakresu chirurgii radykalnej powinna wynosić 60 zabiegów rocznie. Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii pokazały, że zabiegi te realizują szpitale, które mają na koncie jedynie kilka operacji w roku. Jakość i efektywność tych zabiegów jest znacznie niższa niż w doświadczonych placówkach. Zapanowanie nad tym chaosem może wprost przełożyć się na bardziej racjonalne wydawanie pieniędzy. Koordynacja opieki onkologicznej na poziomie wojewódzkim to w istocie nic innego jak system certyfikacji szpitali – od mniej do bardziej wyspecjalizowanych. Jednostki koordynujące to podmioty odpowiedzialne za merytoryczne wsparcie i weryfikację planu terapeutycznego. Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych powinniśmy dążyć do centralizacji chirurgii onkologicznej oraz decentralizacji radioterapii i chemioterapii, które powinny być możliwie najbliżej pacjenta, ale nadzorowane tak, aby pacjent miał gwarancję bezpieczeństwa i jakości. Mamy w Polsce unikalną strukturę szpitali onkologicznych, które tworzą Polską Sieć Onkologiczną. Sieć szpitali już powstała, jednak onkologia potrzebuje treści. Tą treścią są jednostki koordynujące w poszczególnych województwach.

Czy wśród wprowadzonych już zmian widzi pan takie, które mogą wpłynąć na finanse szpitali?

Zmiany wprowadzone w obecnej nowelizacji mają bardziej charakter organizacyjny. Zmniejszenie objętości karty DiLO ma usprawnić pracę lekarzy i pielęgniarek, którzy stanowczo zbyt dużo czasu poświęcali na jej wypełnianie. Umożliwienie lekarzom AOS wystawiania karty DiLO ma przyspieszyć wykonanie diagnostyki wstępnej u pacjenta. Z punktu widzenia onkologów najważniejsza zmiana dotyczy możliwości publikacji w drodze obwieszczenia ministra zdrowia zaleceń dotyczących diagnostyki i leczenia onkologicznego. Na podstawie zaleceń opracowane zostaną również mierniki jakości i efektywności. To są bardzo dobre zmiany, ale wraz z nimi nie idą zmiany w finansowaniu świadczeń. Mamy nadzieję, że będzie to kolejny etap nowelizacji pakietu.

Rząd zapowiada też likwidację NFZ. Czy można się obawiać, że będzie to miało trudne do przewidzenia skutki dla finansowania leczenia onkologicznego?

Prawdopodobnie ten etap reformy systemu ochrony zdrowia nastąpi najwcześniej w kolejnej kadencji parlamentu. Trudno w tej chwili oszacować skutki likwidacji NFZ. Na pewno każda duża zmiana niesie ze sobą ryzyko chaosu organizacyjnego. W socjologii takie zjawisko określa się jako stres społeczno-ekonomiczny. Ten stres towarzyszy zarówno pacjentom, jak i lekarzom. Wobec braku jakichkolwiek szczegółów

„NFZ zawarł umowy na realizację pakietu onkologicznego z 2456 świadczeniodawcami. Połowa świadczeń została zrealizowana w 20 szpitalach onkologicznych”

nie jesteśmy w stanie stwierdzić, czy skutki ewentualnej likwidacji NFZ będą dla finansowania onkologii pozytywne czy negatywne. Mamy jedynie nadzieję, że wszelkie zmiany będą konsultowane z organizacjami pacjentskimi i lekarskimi.

Tymczasem szpitale mówią już o zagrożeniu utratą płynności. Sytuacja wygląda na niebezpieczną. Jak szpitale sobie z tym radzą?

Nie radzą sobie, dlatego zaczęliśmy głośno o tym mówić. Dzięki Zrzeszeniu widzimy, że nie jest to problem, który wynika ze złego zarządzania tym czy innym szpitalem. To problem systemowy, który musi rozwiązać Ministerstwo Zdrowia. Sytuacja jest naprawdę bardzo poważna, bo jeśli zabraknie dużych szpitali onkologicznych, to załamanie się systemu opieki onkologicznej w Polsce. Rozmawialiśmy z Ministerstwem Zdrowia na temat rozwiązania ratunkowego polegającego na wprowadzeniu tzw. współczynnika 1,2 dla podmiotów realizujących kompleksowe leczenie onkologiczne. Naszym zdaniem jest to rozwiązanie, które pomoże przetrwać pełnoprofilowym szpitalom.

Czy z powodu tych kłopotów cierpią już pacjenci?

Na szczęście nie doszło jeszcze do problemów z realizacją leczenia. Pierwszym negatywnym zjawiskiem może być zapewne wydłużenie się kolejek. Jednak żaden z naszych szpitali nie odmawia i nie odmówi pacjentom pomocy. Tak długo jak szpitale działają, nikt nie odejdzie od okienka z przysłowiowym kwitkiem. Chcemy jednak uniknąć najgorszego ze scenariuszy, który przewiduje zamknięcie szpitali z powodu utraty płynności finansowej.

Czego najbardziej życzyliby sobie lekarze w związku z wprowadzanymi zmianami?

Liczymy na to, że minister zdrowia będzie z nami rozmawiał w sposób merytoryczny i partnerski. Ministerstwo Zdrowia odpowiada za system. My potrafimy leczyć. Oczekujemy jedynie narzędzi, dzięki którym będziemy mogli robić to jak najlepiej.

Rozmawiał: Marek Matacz