

Pierwsze wnioski z Korektora Zdrowia
fundacji Watch Health Care

Negatywny koszyk świadczeń



foto: i23Rf.com

Zdrowy ubezpieczony Polak sądzi, że ma zapewnioną opiekę zdrowotną. Ale gdy zachoruje, zaczyna mieć wątpliwości. Przychodnia, w której złożył deklarację wyboru lekarza, nie podpisała kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Na wizytę u specjalisty może się umówić za pół roku, a na większość badań diagnostycznych poczeka kolejnych kilka miesięcy. Konieczna operacja? Jeśli to zabieg ortopedyczny, pod skalpel trafi za dwa, może nawet za dwa i pół roku. Ten scenariusz to nie nocny koszmar hipochondryka. Prawie 200 zweryfikowanych przypadków braku dostępu do świadczeń gwarantowanych opisano w bazie fundacji Watch Health Care (WHC). Kolejnych 100 wkrótce zostanie opublikowanych.

Mija rok od powstania serwisu fundacji WHC www.korektorzdrowia.pl. Celem projektu jest opracowanie raportu diagnozującego najczęstsze problemy w dostępie do „gwarantowanych” metod leczenia i istotne braki w koszyku świadczeń.

– *Przyjmujemy zgłoszenia od pacjentów, lekarzy, zarządców placówek zdrowotnych, a nawet od pracowników oddziałów NFZ. Prawdziwość każdego z nich weryfikujemy. Porównujemy czas oczekiwania na dane świadczenie w dwóch lub trzech innych jednostkach. Deficytowe świadczenie jest oceniane m.in. pod względem opłacalności w porównaniu z inną dostępną metodą, wpływu na zdrowie publiczne, na zdrowie jednostki, stopnia uciążliwości ograniczenia dostępu* – opisuje Krzysztof Łanda, niezależny ekspert ds. ochrony i ekonomiki zdrowia, wiceprezes HTA Audit oraz fundator i prezes zarządu fundacji Watch Health Care.

Onkologia pojawia się najczęściej

Pierwsze miejsce w rankingu Korektora Zdrowia zajmuje przypadek 42-latki z podejrzeniem raka piersi na podstawie badania mammograficznego i USG. Kobieta miała skierowanie na biopsję aspiracyjną cienkoigłową. Średni czas oczekiwania na ten zabieg w Polsce wynosi 4 miesiące.

Kolejny wpis dotyczy pacjentki starszej o 3 lata, ze stwierdzonymi w badaniu tomografem komputerowym zmianami tarczycy. Na konieczną w tym wypadku biopsję cienkoigłową wykonywaną pod kontrolą USG musi czekać 5 miesięcy.

– *W onkologii czas jest jednym z najistotniejszych czynników decydujących o tym, czy wygramy z chorobą walkę o życie oraz jakość życia pacjenta. Z tą świadomością każde opóźnienie trzeba ocenić jako niepotrzebne ryzyko. Gorsze rokowanie i narażanie pacjenta na większe cierpienia zarówno psychiczne, jak i fizyczne – to z humanitarnego punktu widzenia największe zagrożenie* – ocenia dr Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii.

Według danych Centrum Onkologii, w 2008 r. nowotwory rozpoznano u ponad 130 tys. osób. Liczba chorych systematycznie rośnie. Nic dziwnego, że w opisie zgłaszanych problemów z dostępem do świadczeń najczęściej pojawia się hasło „onkologia”. I choć Krzysztof Łanda zastrzega, że próba jest za mała, aby statystyki były wiarygodne, to nie sposób nie zauważyć, że średnio co 8. zgłoszony przypadek dotyczy pacjenta z chorobą nowotworową.

– *Rosnąca liczba diagnozowanych przypadków raka oraz niebawyły, ale i kosztowny postęp nauki, dający nam do dyspozycji coraz skuteczniejsze narzędzia walki z chorobą, w dobie kryzysu ekonomicznego powodują sytuację patową. Tu nie będzie szybkich i spektakularnych zmian. W części kosztów będziemy musieli partycypować* – ocenia dr Janusz Meder. Jego zdaniem, nawet najbogatsi nie udźwigną kosztów innowacyjnych terapii, skutecznych w zaawansowanej chorobie nowotworowej, do których również jest utrudniony dostęp.

– *Brakuje pełnego dostępu do leczenia, np. jeśli chodzi o terapie celowane w raku nerki, jelita grubego, nie ma też dostępu do leczenia raka wątroby. To poważne wyzwania dla MZ, NFZ i AOTM. W sytuacji kryzysu finansów publicznych ważne są również większe koszty leczenia zaawansowanej choroby nowotworowej* – podsumowuje dr Janusz Meder.

Tymczasem NFZ niezmiennie podkreśla, że polska onkologia jest z roku na rok lepiej finansowana. Wartość programów terapeutycznych realizowanych w tej dziedzinie, według danych NFZ, wzrosła z 250 mln zł w 2005 r. do 550 mln zł w roku ubiegłym. W ostat-

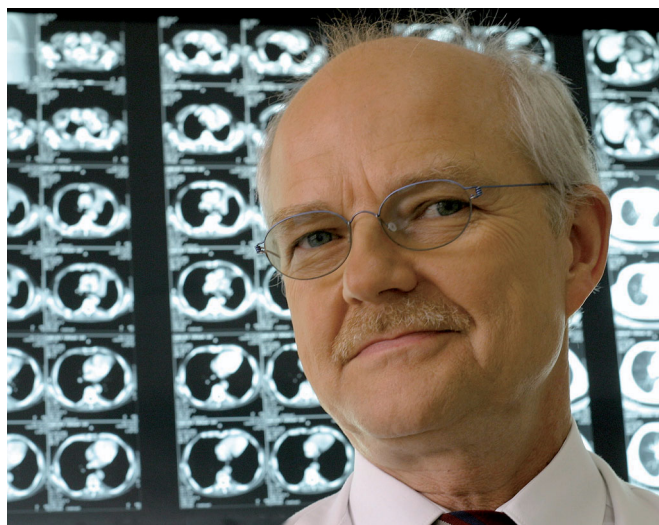


foto: Krzysztof Zuczkowski/Przebieg/Forum

„ Janusz Meder: W onkologii czas jest jednym z najistotniejszych czynników decydujących o tym, czy wygramy z chorobą walkę o życie pacjenta ”

nich czterech latach przybyło 200 specjalistów radioterapii onkologicznej.

Nie boli? To poczekamy

Dla Krzysztofa Łandy szczególnie bulwersujący jest czwarty przypadek w rankingu. U czteroletniego chłopca mającego zakażenie dróg moczowych i problemy z oddawaniem moczu zdiagnozowano stulejkę wtórną. Chirurg wypisał skierowanie na operację. Rodzice usłyszeli, że dziecko musi poczekać rok w kolejce. Przeciętny koszt usługi prywatnie wynosi 1600–1700 zł. Dla wielu polskich rodzin to jednak zawrotna kwota.

– *Równie niepojęte jest to, że dzieci niepełnosprawne mają problemy z dostępem do leczenia stomatologicznego pod*



fot. Bartosz Siedlik/fotorepa

„ Krzysztof Łanda: Trzeba wprowadzić ubezpieczenia komplementarne, zabezpieczające świadczenia poza koszykiem świadczeń gwarantowanych ”

narkozą. W naszym rankingu znalazł się 7-letni chłopiec z porażeniem mózgowym, który na leczenie bolącego zęba musiał czekać miesiąc – mówi Krzysztof Łanda. W wypadku tego samego pacjenta leczenie próchnicy zębów, które jeszcze nie bolą, wiąże się z oczekiwaniami w 6- lub nawet 7-miesięcznej kolejce.

Równie źle jest w dziedzinie chirurgii naczyniowej. Na operację tętniaka aorty można czekać do 5 miesięcy, a żyłaków utrudniających chodzenie nawet rok. Zdaniem Kazimierza Swobody, chirurga naczyniowego z Rudy Śląskiej, kolejki oczekujących na zabiegi naczyniowe są skutkiem wygórowanych wymagań NFZ. – *Szpital ma szansę podpisać kontrakt na chirurgię naczyniową tylko wówczas, gdy zatrudnia co najmniej trzech chirurgów tej specjalności. W szpitalu, w którym pracuję, ja jestem jedynym i z tego powodu fundusz nie płaci nam m.in. za planowe zabiegi tętniaków aorty – tłumaczy Swoboda. Paradoksalnie, NFZ płaci za zabiegi naczyniowe w trybie ostrym. Wtedy niewystarczające doświadczenie zespołu nie jest przeszkodą...*

Lekarze zwracają uwagę na jeszcze jeden problem, którego nie ujmuje ranking Korektora Zdrowia: nierównomierny dostęp do opieki w zależności od miejsca zamieszkania. Jest to szczególnie istotne dla osób z chorobami onkologicznymi.

– *Nierzadko pacjent dojeżdża 5 godzin na chemioterapię lub radioterapię i tego samego dnia musi wrócić do domu. Koszty pozamedyczne takiego leczenia są ogromne – mówi dr Marcin Hetnał, onkolog radioterapeuta.*

Koncentracja świadczeniodawców w dużych miastach ogranicza również dostępność badań przesiewowych. – *Są fundusze na badania przesiewowe kolonoskopowe, ale wciąż niewiele osób z nich korzysta. Wynika to nie*

tylko z niskiej świadomości społeczeństwa. Dla mieszkańca wsi wyprawa na badanie to często cały dzień – mówi dr Tomasz Romańczyk, gastroenterolog, członek Naczelnej Rady Lekarskiej.

Rzeczywista skala problemu

Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest zainteresowany informowaniem o ograniczeniach w dostępie do świadczeń z koszyka gwarantowanego lub tych, które w Europie są standardem, a u nas nie są refundowane.

– *Szacuję, że informacje, które udało nam się zebrać, to zaledwie 5–10 proc. rzeczywistej skali problemu – twierdzi Krzysztof Łanda.*

W celu poszerzenia wiedzy o brakach w systemie opieki zdrowotnej w Polsce fundacja Watch Health Care rozpoczyna nowy projekt „100 seminariów”. Do udziału w kolejnych spotkaniach zaproszeni będą lekarze wszystkich specjalności. W ten sposób fundacja chce stworzyć listę świadczeń niedofinansowanych w każdej dziedzinie medycyny. Pierwsze seminarium, które odbędzie się 15 i 16 kwietnia w Warszawie, ma dotyczyć farmakoterapii onkologicznej.

Od niedawna na portalu Korektor Zdrowia można również zgłaszać problemy z dostępem do świadczeń częściowo refundowanych, jak sprzęt ortopedyczny, protezy czy leki z współpłaceniem.

Dodatkowe ubezpieczenia

Ministerstwo Zdrowia na początku marca przekazało do konsultacji społecznych projekt ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Jednym z głównych założeń jest wprowadzenie możliwości odliczenia od podstawy podatku dochodowego składki na polisę. W uzasadnieniu określono, że będzie to kosztowało budżet państwa 50 mln zł. Pomysł musi więc zaakceptować resort finansów, nowelizując ustawę o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Projekt zawiera rozwiązania chroniące monopolistyczną pozycję NFZ. Świadczeniodawca mający kontrakt będzie musiał powiadomić fundusz o umowach z prywatnymi firmami. Zaproponowano też obowiązek realizacji przez świadczeniodawcę kontraktu z państwowym płatnikiem na poziomie 90 proc.

– *Ulga od podstawy podatku, jaką proponują autorzy projektu, nie będzie miała istotnego wpływu na zainteresowanie ubezpieczeniami dodatkowymi. Znacznie większe znaczenie miałyby ulga od kwoty podatku wprowadzona na kilka lat, aby przekonać Polaków do ubezpieczeń prywatnych – ocenia dr Krzysztof Łanda. – Obecny projekt można nazwać „małą ustawą” o ubezpieczeniach, pokazującą, w którym kierunku rząd chce iść. Potrzeba jeszcze „dużej ustawy”, wprowadzającej ubezpieczenia komplementarne, zabezpieczające świadczenia poza koszykiem świadczeń gwarantowanych i współpłacenie pacjentów – komentuje specjalista.*

Natalia Adamska-Golińska