

Pierwsze wnioski po zniesieniu regulacji limitowej w szpitalach onkologicznych



Precz z limitami

foto: Alberto Ruggieri/Corbis

Od przyszłego roku mają wejść w życie ustawy z pakietu kolejkowo-onkologicznego. Jak w praktyce będzie wyglądało uwolnienie limitów? Centrum Onkologii w Bydgoszczy ćwiczy to we własnym zakresie od kilku lat. Problemem jest to, że ani Ministerstwo Zdrowia, ani NFZ nie chcą skorzystać z tego doświadczenia. W środowisku medycznym krąży nawet żart: „Czy kolejki się zmniejszą? Tak, bo pacjenci staną bliżej siebie”.

Jeszcze tylko kilka tygodni i machina, która ma wydatnie zmniejszyć kolejki do specjalistów, ruszy na dobre. Znikną limity na leczenie nowotworów, jednak tylko tam, gdzie szpital dotrzyma terminów szybkiej diagnozy i szybko wdroży leczenie. Z kolei lekarz rodzinny zyska nowy oręż w walce z chorobą. Oto od stycznia 2015 r. będzie mógł wydawać kartę pacjenta onkologicznego, „otwierającą wszystkie drzwi” do „bezkolejkowej” diagnostyki i leczenia. Takie rozwiązanie wydaje się idealne, zwłaszcza w kraju, w którym chory na raka płuc od pierwszej wizyty u lekarza rodzinnego do rozpoczęcia leczenia musi czekać pół roku, a chory na raka piersi pięć miesięcy (według najnowszego raportu Watch Health Care „Onkobaroometr”). Tylko czy operacja na żywym organizmie, jakim jest system opieki zdrowotnej, ma szansę się powieść? Nie trzeba czekać do 2015 r., aby się o tym przekonać.

Lista pionierów

Niektóre z 375 ośrodków zajmujących się w Polsce leczeniem onkologicznym już przyjmują chorych bez względu na limity wynikające z kontraktu z NFZ. Na początku 2014 r. limity zniósł na przykład Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Kopernika w Łodzi. Dzięki temu skróciły się kolejki do takich badań, jak rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, scyntygrafia, USG czy endoskopia. Pacjenci Opolskiego Centrum Onkologii też praktycznie nie czekają na zabiegi chirurgiczne, chemioterapię czy radioterapię. Efekt uboczny? Tylko za pierwszy kwartał tego roku szpital ma już prawie milion złotych nadwykonań (świadczeń wykraczających poza kontrakt). Pionierem w „kredytowaniu” NFZ było Centrum Onkologii w Bydgoszczy, w którym kwota nadwykonań za pierwszy kwartał tego roku wyniosła już 2 mln zł.

– Do końca 2012 r. przyjmowaliśmy pacjentów bez ograniczeń. Z tego powodu mieliśmy 90 mln zł niezapłaconych świadczeń – mówi dyrektor bydgoskiego Centrum Zbigniew Pawłowicz. – Próbowałem rozmawiać z kujawsko-pomorskim oddziałem NFZ, żeby zawrzeć ugodę, by zapłacono połowę tych nadwykonań, a wtedy nadal pacjenci onkologiczni mieliby zapewniony dostęp do leczenia. Fundusz się nie zgodził. Jednak pod koniec 2013 r., po wielkiej burzy medialnej, kiedy posądzono nas o wytudzenie 6,5 mln zł, jeszcze raz usiadłem z dyrektorem wojewódzkiego NFZ do stołu. Płatnik zarzucił nam, że wystawialiśmy rachunki za leczenie szpitalne, podczas gdy pacjentów przyjmowaliśmy w trybie ambulatoryjnym. Ostatecznie sprawę umorzono, bo przecież leczylimy pacjentów, tyle że nie tak, jak chciał NFZ – na pierwszym piętrze, tylko na parterze – wyjaśnia dyrektor.

W 2013 r. w jego obronie wystąpił nawet Rzecznik Praw Obywatelskich, wyrażając tym samym sprzeciw wobec limitów na świadczenia onkologiczne – świadczenia ratujące życie pacjentom z chorobą nowotworową. – Moja decyzja o uwolnieniu limitów w 2014 r. była możliwa dzięki temu, że NFZ w wypadku dwóch spraw

sądowych zaproponował ugodę. Na podstawie wyroku sądu w sprawie nadwykonań za rok 2010 zawarliśmy z NFZ ugodę, w wyniku której Centrum Onkologii otrzymało 17 mln zł – dodaje Zbigniew Pawłowicz.

Zrezygnować z pośrednictwa sądów

Ale czy właśnie o to chodzi, by świadczeniodawcy odzyskiwali pieniądze za pośrednictwem sądu? Konfederacja Lewiatan zwraca uwagę, że NFZ już uchwalił plan wydatków na przyszły rok i... nie uwzględnił w nim pakietu onkologicznego. A przecież o tym, jak długo trzeba czekać na diagnozę, decydują właśnie pieniądze z NFZ. Może się więc okazać, że ośrodki nie będą mogły odmówić podjęcia diagnostyki lub leczenia, ale po zapłatę zostaną zmuszone pójść do sądu.

„Pionierem w kredytowaniu NFZ było Centrum Onkologii w Bydgoszczy, w którym kwota nadwykonań za pierwszy kwartał tego roku wyniosła już 2 mln zł”

Niedopracowane są też przepisy dotyczące świadczeń towarzyszących, np. pobytu pacjenta onkologicznego w hotelu przyszpitalnym zamiast na łóżku szpitalnym. – Likwidowanie kolejek polega dzisiaj m.in. na tym, że płatnik musi zaakceptować takie rozwiązania i rozliczyć pobyt w naszym hotelu – mówi dyrektor Pawłowicz. W bydgoskim Centrum Onkologii funkcjonuje też Park Aktywnej Rehabilitacji i Sportu, są sale konferencyjne do wynajęcia, basen i fitness. – Właśnie na tym zarabiamy. Dla porównania, za dobę na łóżku do radioterapii NFZ płaci ponad 400 zł, a doba w hotelu kosztuje 150 zł, a więc racjonalne byłoby, żeby Fundusz zakontraktował w centrum np. 20 procedur w hotelu. Niestety, nie wie, jak to zrobić, bo od 2008 r. nie ma odpowiednich kodów! Dlatego pacjent wymagający pilnej radioterapii, który nie jest w stanie pokryć pełnych kosztów zakwaterowania, wyjątkowo płaci u nas 75 zł, a resztę dopłaca Centrum Onkologii – wyjaśnia dr Pawłowicz. Jednak taka sytuacja nie zapewnia pełnej dostępności do leczenia promieniami.

Czerwony dywanik versus kołędowanie

Wojewódzki oddział NFZ bał się eksperymentu w Bydgoszczy. Dla niego uwolnienie limitów oznaczało wygenerowanie olbrzymich kosztów na hospitalizację. Życie pokazało jednak, że te w bydgoskim Centrum nie wzrosły. – Przesunąłem część pacjentów z hospitalizacji do leczenia ambulatoryjnego, nie pogarszając jakości



foto: iStockphoto.com

„NFZ już uchwalił plan wydatków na przyszły rok i... nie uwzględnił w nim pakietu onkologicznego”

świadczeń. Nadal mamy 300 łóżek, które wykorzystujemy w 95 proc. Pacjentów przyjmujemy także w soboty i niedziele – mówi Zbigniew Pawłowicz, któremu udało się dojść z płatnikiem do porozumienia. – Przekonałem NFZ, że powinniśmy przyjąć taką zasadę, jak w cywilizowanym świecie: rozpoznana choroba nowotworowa powinna być traktowana jako przypadek nagły, a pacjent w ciągu 14 dni w ośrodku referencyjnym powinien mieć rozpoczęte leczenie. Z analizy, którą przygotowujemy od 2006 r., wynika jasno, że nie rodzi to dla płatnika dodatkowych kosztów, ponieważ pacjent onkologiczny, zanim trafi do naszego ośrodka, wcześniej jest leczony w dwóch, a czasami nawet trzech miejscach, a NFZ musi za to płacić. Jeśli choremu rozwinie się – jak to określam – czerwony dywanik do naszego centrum, to nie będzie on po drodze „kolędowany” przez inne placówki. One będą miały niedowyożnienia, a płatnik rezerwę finansową – wyjaśnia.

Jego zdaniem, w systemie opieki zdrowotnej wcale nie brakuje pieniędzy – chodzi raczej o fatalną ich alokację i złe zarządzanie. W Bydgoszczy na chemioterapię pacjenci przyjmowani są na bieżąco. Szpitalne call center działa jak w dobrej firmie. – Nie ma numerków, jest e-mail, SMS, telefon, a rejestracja przebiega sprawnie. Jeżeli pacjent dzisiaj ma chemioterapię, to opuszcza oddział z zaplanowanym leczeniem, np. ma się zgłosić za 3 tygodnie. I nie jest już w kolejce oczekujących, tylko w cyklu leczenia – dodaje dyrektor Pawłowicz.

Chociaż bydgoski przykład pokazuje, że uwolnienie limitów wydatku skracają kolejki, nadal są szpitale, które w taką zależność nie wierzą. – Uwolnienie limitów to piękne baśno. Jeżeli dziś uwolnimy limity w onkologii, to

ośrodki wysokospecjalistyczne stracą najwięcej. Bo to właśnie do Centrum Onkologii trafiają najtrudniejsi pacjenci. Dodatkowo wciąż powstają nowe jednostki, bez promesy kontraktu z NFZ, których lokalizacja nie wynika z potrzeb, ale z inicjatywy lokalnych przedsiębiorców. Dlatego według mnie podstawowe leczenie onkologiczne powinny przejąć ośrodki wielospecjalistyczne – mówi szef Centrum Onkologii w Warszawie prof. Krzysztof Warzocha.

– Nie wiem, na czym szpitale popierające limity opierają swoje zdanie. Nie można przedkładać własnych interesów nad interes społeczny. Równie dobrze można wprowadzić limity na porody – mówi Zbigniew Pawłowicz. I dodaje, że zniesienie limitów w całej onkologii nie jest realne. Powinno ono raczej dotyczyć placówek zapewniających odpowiedni poziom skojarzonego leczenia chorób nowotworowych. – Należy płacić za wyleczenie, a nie jedynie za procedury – zwraca uwagę szef bydgoskiego CO.

Przepustka do skarbca NFZ

Od nowego roku dodatkowe obowiązki spadną na lekarzy POZ. To oni mają się wykazać większą czujnością onkologiczną i zakładać pacjentom z podejrzeniem nowotworu karty pacjenta onkologicznego. – Taka karta będzie uprawniała do szybkiej diagnostyki i wizyt u specjalistów bez skierowania. Będzie własnością pacjenta, dokumentem obrazującym cały proces diagnostyki i leczenia. Oczywiście lekarz specjalista otrzyma dodatkowe finansowanie za wszystkich pacjentów kierowanych do niego przez lekarza rodzinnego w ramach szybkiej terapii onkologicznej – mówi Szymon Chrostowski, wiceprezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

Sceptycy uważają, że już sama możliwość omijania kolejek przez pacjentów, którzy otrzymali kartę, stwarza pole do nadużyć, podobnie jak kiedyś legitymacja inwalidy wojennego. Bo każdy ostry ból brzucha może rodzić podejrzenie raka żołądka, a ból głowy podejrzenie raka mózgu. Kartę będzie zakładał lekarz POZ, nagradzany za wykrycie nowotworu. Czy za złą diagnozę wstępną będzie karany? – Od nowego roku nałoży się na nas nowe obowiązki, a przy tym nie wiemy, czy stawka kapitałowa za pacjenta wzrośnie – mówi dr Michał Sutkowski, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych na Warszawę. – Możliwość karania lekarzy rodzinnych za nietrafioną wstępną diagnozę onkologiczną jest niedopuszczalna. W konsekwencji zresztą będzie to kara dla pozostałych pacjentów tego lekarza. Nie da się na podstawie prawie zerowych narzędzi stwierdzić, czy pacjent ma raka, bo przecież lekarz rodzinny nie może zlecić mammografii, PSA czy rezonansu. Aby chore za te badania nie płacił, muszą wystawić skierowanie do specjalisty. A dzisiaj czas oczekiwania na wizytę do urologa to 3 miesiące, ginekologa – do miesiąca, a neurologa – 4 miesiące. Chyba że lekarz rodzinny będzie mógł zlecić więcej badań, ale wtedy tym bardziej będzie potrzebował większej puli pieniędzy na ten cel. Od nowego roku najpewniej kolejki niewiele się zmniejszą w specjalistycie, a zwiększą jeszcze u lekarzy rodzinnych.

Podstawowa opieka zdrowotna nie jest limitowana, uważa się nas za worek bez dna różnych potrzeb, oczekiwań mniej lub bardziej zrozumiałych – i systemu, i pacjentów. Nikt z naszym środowiskiem nie prowadzi partnerskiej rozmowy o poprawie rzeczywistości medycznej. Nie jesteśmy z gumy, mamy też swoje limity czasowe, finansowe, logistyczne i oczywiście ludzkie – dodaje dr Sutkowski.

Onkolodzy mają jeszcze inne obawy. I chodzi nie tylko o to, że systemy informatyczne NFZ mogą nie „przerobić” napływających masowo kart pacjenta onkologicznego, lecz także o to, że same karty będą stygmatyzowały chorych. – Karta oznacza, że kierujemy pacjenta na leczenie, choć nie wiemy, czy ma nowotwór – wyjaśnia prof. Jacek Jassem. – Spośród kilkunastu osób, które otrzymają kartę, może jedna będzie miała ostatecznie rozpoznany nowotwór. W ten sposób pozostałe osoby i ich rodziny narazimy na niepotrzebną traumę. Lekarz nie mówi choremu, że podejrzewa chorobę nowotworową, dopóki oczywiście nie jest o tym przekonany.

Nie wszyscy pacjenci popierają takie stanowisko. – Przecież my wręcz chcemy być stygmatyzowani, jeśli to nam zapewni szybsze leczenie – mówi Szymon Chrostowski, wiceprezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. – Przypominam, że dopiero w zeszłym roku udało się znieść tzw. różową receptę, w rzeczywisty sposób piętnującą pacjenta, a jakoś nikt tego tematu nie nagłaśniał. Od nowego roku w centrum systemu ma być pacjent, a nie procedura, szpital czy lekarz. Dzisiaj lekarze POZ podczas wizyty nieczęsto dopytują o inne dolegliwości, zmiany na ciele, czy mężczyźni po 40. roku życia o to, kiedy ostatnio wykonywali test PSA. Dlatego potrzebna jest u lekarzy rodzinnych tzw. czujność onkologiczna, a nie tylko skierowanie do specjalisty i dalszej diagnostyki – dodaje.

Wszystko w rękach ministra

Nadzieja pacjentów, umiarkowanie onkologów i konkretne obawy lekarzy pierwszego kontaktu – takie są nastroje towarzyszące uwolnieniu limitów w onkologii. Jedni uważają, że pakiet kolejkowy ministra Arłukowicza procedowany w pośpiechu i na kolanie nic dobrego nie przyniesie, inni czekają na duże zmiany. – Nareszcie mamy zapis, że leczenie onkologiczne nie będzie limitowane. Te zmiany może pomogą mi zrealizować program, który przygotowałem trzy lata temu, kiedy jeszcze byłem senatorem. Chodzi o stworzenie narodowej sieci publicznych ośrodków onkologicznych. Dopóki tego nie będzie i nie określi się poziomu referencyjności świadczeniodawców, dopóty zawsze będzie się mówiło, że jest za mało pieniędzy – mówi dr Zbigniew Pawłowicz.

Bydgoski eksperyment

Ministerstwo Zdrowia nie ma żadnych szczegółowych informacji dotyczących pioniera w przyjmowaniu pacjentów bez ograniczeń, tj. Centrum Onkologii w Byd-

goszczy. Nie monitoruje sytuacji w innych ośrodkach leczących bez limitu, bo tym ma się teoretycznie zajmować NFZ. – Wartość umów w zakresach onkologicznych we wszystkich rodzajach świadczeń systematycznie rośnie: w 2004 r. wynosiła niespełna 1,2 mld zł, w 2013 r. ponad 4,5 mld zł, natomiast w 2009 r. w porównaniu z 2008 r. wzrost wyniósł prawie 36 proc. – informuje lakonicznie rzecznik Ministerstwa Zdrowia Krzysztof Bąk. – Jeśli chodzi o świadczenia w zakresie onkologii wykonane ponad limity wynikające z zawartych umów, finansowane są one przez oddziały wojewódzkie NFZ, w ramach posiadanych pieniędzy i na możliwie najwyższym poziomie, w pierwszej kolejności, przed świadczeniami z innych zakresów. Celem zmian jest doprowadzenie do tego, że pacjenci będą leczeni przede wszystkim w trybie ambulatoryjnym. Leczenie szpitalne ma być prowadzone tylko wtedy, gdy jest to konieczne. Zmiana dotychczasowego modelu przyniesie oszczędności, które zostaną wykorzystane w ramach reorganizacji systemu finansowania w zakresie opieki onkologicznej. Kwestia rozliczania pobytów pacjentów w hotelach będzie regulowana przez za-

„Kartę pacjenta onkologicznego będzie zakładać lekarz POZ, który ma być nagradzany za wykrycie nowotworu. Czy za złą diagnozę wstępną będzie karany?”

rządzenia prezesa NFZ, a także odpowiednie rozwiązania finansowe, które pojawią się przed 1 stycznia 2015 r. – dodaje rzecznik.

Dla dyrektora Centrum Onkologii w Bydgoszczy pakiet ustaw ministra Arłukowicza to nic innego, jak typowy przykład zarządzania zmianą, co tak jak w wypadku firmy niesie ze sobą ryzyko. – Niewprowadzanie zmian nie czyni postępu – przekonuje dr Zbigniew Pawłowicz. Pamiętajmy jednak, że na obecnym etapie minister nie ma narzędzi do zrealizowania swoich planów. Do dyspozycji ma właściwie trzy ośrodki onkologiczne: Warszawę, Gliwice i Kraków, więc bez idei narodowej sieci onkologicznej nie ruszymy z miejsca. W Polsce aż 350 szpitali (powiatowych, komercyjnych, wielospecjalistycznych) udziela świadczeń onkologicznych. – Dla mnie jest to irracjonalne, bo aby skutecznie leczyć, potrzeba 20 ośrodków onkologicznych o najwyższym stopniu referencyjności – dodaje Pawłowicz. Przykładem centralizacji ośrodków onkologicznych mogą być Czechy, gdzie w największych miastach działa 13 kompleksowych centrów onkologicznych. W Norwegii z kolei jest ich tylko 6.

Violetta Kraskowska