

Pakiet czy pasztet onkologiczny

DWA

MIESIĄCE

PO

Pod koniec grudnia na pytanie, czy wiemy, jak zadziałają pakiety onkologiczny i kolejkowy, mogliśmy z całą powagą cytować Sokratesa: *wiemy, że nic nie wiemy*. Dzisiaj, po miesiącu praktyki, setkach zadanych pytań i uzyskanych mętnych odpowiedzi, a zwłaszcza po rozliczeniu pierwszego miesiąca, nasza wiedza jest większa. Teraz ze znacznie większą pewnością siebie możemy zadawać pytanie: po co nam to było? Czy naprawdę nie dało się przeprowadzić pilotażu np. w jednym województwie, by wyeliminować błędy, które już teraz widzimy jak na dłoni, a następnie spokojnie wprowadzić pakiety w całym kraju?



Najbardziej intryguje mnie pytanie, jaki był cel, w ujęciu politycznym, siłowego wprowadzenia pakietu. Rok temu Donald Tusk przepowiadał ciężką walkę z lekarzami. Czyżby chodziło o przetrącenie im kręgosłupa, nie wiadomo właściwie z jakiego powodu? A może o socjotechniczną zmyłkę, aby pokazać społeczeństwu: patrzcie, chcemy naprawiać system, a Krajewskie, Bukiele i inni robią wszystko, żeby to zablokować i nabić sobie kieszeń? Przy okazji udało się przepchnąć kilka innych, czasami może i słusznych pomysłów, lecz wszystko to znowu zostało przygniecione buciorem biurokracji, co postawiło te pomysły pod wielkim znakiem zapytania.

Boże, chroń

Wstępne, ogólne reminiscencje po wprowadzeniu pakietu można podzielić na trzy grupy. Dla wykonawców – Boże, chroń nas przed następnymi pomysłami MZ i NFZ, dla społeczeństwa – przepraszam, ale o co w tym chodzi? dla twórców pakietu – no i zrobione, potem się poprawi, a przy okazji zaoszczędziliśmy trochę grosza i pokazaliśmy, kto tu rządzi. Zatem poobserwujmy, jak to wygląda z naszej strony, ale też jak wyglądają widziane ich oczami poszczególne piętra systemu.

Podstawowa opieka zdrowotna

Główną osią i ideą pakietu onkologicznego, aby miał on jakikolwiek sens, było zwiększenie tzw. czujności onkologicznej. Doprowadzenie do wychwytywania pacjentów w jak najwcześniejszym, często bezobjawowym stadium choroby i umożliwienie im szybkiej, kompletnej diagnostyki i leczenia. No i na dzień dobry ten właśnie zamysł się nie udaje. Czy spełni się on w kolejnych miesiącach – śmiem wątpić. Według dostępnych informacji do pierwszych dni lutego wydano w całej Polsce niespełna (a może aż?) 50 tys. kart DILO, ale z tego zaledwie ok. 20 proc., tzn. mniej niż 10 tys. kart, w podstawowej opiece zdrowotnej. Niewykluczone, a właściwie wysoce prawdopodobne, że część kart wydanych przez lekarzy rodzinnych otrzymali pacjenci z już rozpoznawanymi, ale jeszcze niepotwierdzonymi chorobami nowotworowymi, kierowani w tym celu do POZ przez poradnie specjalistyczne i oddziały szpitalne. Ekstrapolując tę liczbę na cały rok 2015 – takich kart może być ok. 120 tys., czyli mniej niż co roku rozpoznaje się nowych chorób nowotworowych. Stuprocentowa skuteczność czujności czy może jednak niedziałające sito? Rządzący zapewne krzykną, że na wnioski jest za wcześnie, ale upoważnia mnie do nich kilka przesłanek.

Po pierwsze, wydaje się, że lekarze rodzinni nie zostali zmotywowani do czynnego udziału w pakiecie. Obrzucani błotem w trakcie negocjacji jako mylący misję z biznesem podpisali nowe umowy, które miały kosztować płatnika (kosztem innych dziedzin medycy-

A MOŻE W TYM WSZYSTKIM CHODZIŁO

O SOCJOTECHNICZNĄ ZMYŁKĘ,

ABY POKAZAĆ SPOŁECZEŃSTWU:

PATRZCIE, MY CHCEMY NAPRAWIAĆ SYSTEM,

A ROZMAITE KRAJEWSKIE, BUKIELE

I INNI ROBIĄ WSZYSTKO,

ŻEBY TO ZABLOKOWAĆ?

ny) ponad miliard złotych rocznie. Już kilku publicystów na łamach rozmaitych pism i portali zastanawiało się, gdzie jest ten miliard, skoro nie ma go w planie finansowym NFZ. 16 stycznia prezes NFZ zmienił plan finansowy, w którym zwiększył koszty udzielania świadczeń zdrowotnych o ponad 723 mln zł, czyli



Fot. Beata Ziémowska/AG

Krystyna Mackiewicz

dyrektor Szpitala
Klinicznego
im. H. Święcickiego
UM w Poznaniu

Pakiet onkologiczny wymaga na pewno poprawek, ale to dobry krok z punktu widzenia pacjentów, ponieważ powinien się skrócić czas oczekiwania na leczenie. Warto jednak zadać pytanie, czy nie byłoby lepiej, gdyby jego wprowadzenie poprzedzał pilotaż, a dyrektorzy szpitali mieli możliwość rozliczania pacjentów onkologicznych w ogólnym kontrakcie przynajmniej w początkowym okresie, dopóki się nie nauczymy posługiwać nowymi, pakietowymi narzędziami. Teraz to niemożliwe i jeśli szpital wykonywał dużo świadczeń onkologicznych, to teraz ma problem z rozliczeniem, szczególnie chorych leczonych jeszcze przed styczniem 2015 r. Ci pacjenci nie przechodzą przez konsylium i nie będzie planu ich leczenia, a to oznacza, że nie mogą być sprawozdawani w pakiecie. Pakiet pomija także niektóre rodzaje nowotworów, na przykład nowotwory skóry, zmienia samą sprawozdawczość do NFZ, co także rodzi trudności. To wszystko nie oznacza jednak, że należy się z niego wycofywać. Mój szpital realizuje pakiet i będzie to zadanie kontynuował.

mniej niż o miliard. Na samą podstawową opiekę zdrowotną przyznał dodatkowo niespełna 431 mln zł. Czy chce dołożyć brakujące pieniądze z przyszłych przychodów, czy po prostu tyle powinno wystarczyć? Wiele wskazuje, że prawdopodobna jest ta druga ewentualność. Wywalczona w ciężkich bólach i okrzyknięta sukcesem przez Porozumienie Zielonogórskie zgoda na brak konieczności uzyskiwania po raz kolejny deklaracji od pacjentów, którzy „zaświecili się na czer-

WSTĘPNE WNIOSKI PO WPROWADZENIU

PAKIETU MOŻNA PODZIELIĆ

**NA TRZY GRUPY. DLA WYKONAWCÓW –
BOŻE, CHROŃ NAS PRZED NASTĘPNYMI**

**POMYSŁAMI MZ, DLA SPOŁECZEŃSTWA –
– O CO W TYM CHODZI?**

DLA TWÓRCÓW PAKIETU – NO I ZROBIONE



Jarosław J. Fedorowski
prezes Polskiej Federacji
Szpitali

Co dzień słyszymy, że kolejne placówki wycofują się z pakietu. A to oznacza, że projekt się sypie. Przyczyna jest bardzo prosta – został przygotowany przez wąski zespół lekarzy onkologów i resort zdrowia. Nie włączono w te prace zarządzających placówkami medycznymi, a realizacja pakietu wiąże się z ryzykiem pogarszania dostępności w innych zakresach, łącznie z utratą finansowania. Można się spodziewać kolejnych rezygnacji z udziału w tym przedsięwzięciu. Szpitale nie widzą możliwości bezpiecznej realizacji pakietu, a ich zadaniem jest leczenie pacjentów w zależności od ich stanu, a nie od tego, z jaką przypadłością się zgłaszają, bo to powoduje dyskryminację. Trudno powiedzieć, co zostanie z pakietu, ale na pewno jest czas, aby się nad nim zastanowić, bo nie ma możliwości, żeby okazał się sukcesem, jeśli wszyscy interesariusze nie będą uczestniczyć w jego ocenie. Ponadto lekarze nie czują się jego współtwórcami.

wono” w eWUŚ, nie zmieniała faktu, że za tych ludzi NFZ po prostu nie płaci. Utrata owych podopiecznych, a także pacjentów z cukrzycą i chorobami układu krążenia, czyli tzw. trójkę, sprawia, że wiele podmiotów realizujących umowę na podstawową opiekę zdrowotną mimo zmiany stawki kapitałowej ma przychody zbliżone do zeszłorocznych. Teraz pewnie staną one na głowie, aby uzyskać potwierdzenie praw do ubezpieczenia od wszystkich, którzy złożyli deklaracje i nie są w tej chwili np. w Edynburgu, ale nie mają motywacji do wykonywania na szerszą skalę badań będących w ich kompetencji, które pozwoliłyby na postawienie podejrzenia choroby nowotworowej. A bez tych badań specjaliści odpędzą pacjenta z powrotem.

Brak pacjentów

W moim szpitalu w Miliczu do 6 lutego nie pojawił się ani jeden pacjent z wystawioną przez lekarzy rodzinnych kartą DILO, nie było ani jednego wystawionego przez nich skierowania na endoskopię, wykonano kilka badań USG. Oczywiście Milickie Centrum Medyczne nie jest miarą wszechrzeczy, wielu pacjentów mogło się udać od razu do ośrodków wysokospecjalistycznych, ale obserwacja jest jednak wysoce niepokojąca.

Skoro wykonawcy pakietu na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej nie są chyba jego realizacją zbyt zainteresowani, bo na razie to dla nich wyłącznie koszt działalności, to może pacjenci potrafią walczyć o swoje prawa i szanse wynikające z możliwości tkwiących w pakiecie? To także wydaje się wysoce wątpliwe. Wieleletnie obserwacje wskazują, że Polacy niezbyt dbają o swoje zdrowie, zaniedbują profilaktykę i lekceważą wczesne objawy choroby. Wystarczy wspomnieć marną realizację programów profilaktycznych dotyczących raka piersi i raka szyjki macicy, choć podobno ostatnio coś drgnęło. Jeżeli nie zmotywujemy lekarzy rodzinnych i nie wprowadzimy ustawy o zdrowiu publicznym z prawdziwego zdarzenia, to nie liczymy na to, że zaczniemy wychwytywać schorzenia onkologiczne na większą skalę na wczesnych etapach.

Nacisk hipochondryków

Jest jednak druga strona medalu. Nieodpowiedzialna propaganda ministerialna informująca o nieograniczonych prawach pacjenta do diagnostyki onkologicznej w ramach pakietu może doprowadzić do dużego nacisku na lekarzy rodzinnych ze strony hipochondryków, ale też ludzi bojących się po prostu o własne zdrowie i chcących uzyskać diagnozę „zaraz”. Zwłaszcza że w obecnym systemie niedoboru to jedyna ścieżka. W związku z tym grozi nam, że nie będziemy wychwytywać nowotworów we wczesnym stadium, ale wystawiać karty DILO z fałszywie dodatnimi rozpoznaniem pod presją pacjentów. A kompletnie nie o to chodzi.

Kiedyś proponowałem w którymś z artykułów, aby lekarzom rodzinnym wychwytyjącym schorzenia nowotworowe na wczesnych etapach płacić ekstra za każde faktycznie dodatnie rozpoznanie. Nie 150 zł za kartę DILO z pakietem kar za plecami, ale np. tysiąc lub dwa tysiące za wychwyconą chorobę. Byłoby i prościej, i pewnie taniej. A na pewno łatwiej. My jednak musieliśmy znowu wymyślić nieefektywnego, biurokratycznego potworka.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Lekarze w poradniach specjalistycznych wpadli w największą pułapkę z uwagi na brak kart DILO z podstawowej opieki zdrowotnej. Z jednej strony nie mogą wykorzystywać pieniędzy z pakietu na podstawie skierowań od lekarzy rodzinnych, bo ich po prostu nie ma, z drugiej, jeśli sami będą prowadzić diagnostykę, nie rozliczą jej z pakietu, bo kartę mogą wystawić dopiero po ustaleniu rozpoznania. Usług wykonanych przed wystawieniem karty rozliczać nie można. Ot i siurpryza albo jak kto woli – paragraf 22.

Dlatego też lekarze z poradni specjalistycznych, kiedy widzą duże podejrzenie nowotworu, odsyłają pacjentów do lekarzy rodzinnych, ratując ideę pakietu. Dzieje się to poza procedurą i niestety często spotyka się z brakiem współpracy lekarzy rodzinnych, obawiających się przekroczenia progu kart fałszywie dodatnich. Do początku lutego AOS i tak wydał ponad 6 tys. kart DILO, czyli blisko 2/3 wydanych przez lekarzy rodzinnych, ale to tu właśnie zaczął się proces wypowiedzania umów z NFZ. Według informacji Funduszu do początku lutego wypowiedziało umowę już 69 poradni, co może nie jest oszałamiającą liczbą, ale jak na tak krótki okres bardzo znaczącą.

Leczenie szpitalne

Szpitala, zwłaszcza onkologiczne, ratują na razie honor pakietu. To one wystawiły ponad 28 tys. kart, czyli ok. 70 proc. Oczywiście nikt nie wspomina, że dotyczy to w większości tzw. czwartego typu karty, czyli ludzi leczonych w roku 2014. Kart dla pacjentów z nowym rozpoznaniem jest dużo, dużo mniej z powodów leżących po stronie samego pakietu.

Znowu – założenia, które znalazły się u podstawy pakietu, były szczytne, ale z powodu braku elementarnego potencjału większości szpitali całkowicie nie-realne. Idea, aby szpital przejmujący opiekę koordynował proces leczenia aż do momentu oddania pacjenta z powrotem w ręce lekarza rodzinnego, aby przed podjęciem leczenia zbierało się wielodyscyplinarne konsylium ustalające plan leczenia, aby pacjent był leczony kompleksowo – była wspaniała, ale tylko w niewielu szpitalach możliwa do zrealizowania. A ponieważ biurokracja nie widzi realiów, tylko swoje unormowania, z dobrych chęci po raz kolejny wychodzi kicha.

Przy takiej konstrukcji pakietu jego wymagania mogą spełnić tylko centra onkologiczne i kilka wielkich szpitali. Koordynator w szpitalu powiatowym ma nadzorować dalsze leczenie chemiczne czy radioterapię w innym szpitalu przez wiele miesięcy? Konsylium w szpitalu powiatowym z udziałem radioterapeuty z innego szpitala, kiedy nie wiadomo, ile takich przypadków będzie, czy na odwrót – z samym radiologiem, co rozporządzenie ministerialne dopuszcza, ale bez możliwości dalszego leczenia pacjentów metodą radioterapii? A wszystko przy założeniu, że konsylium jest jedno i plan terapii jest jeden, bo do dziś nikt nie wpadł na to, że proces leczenia może wpływać na zmianę tego planu. Wiele myślałem, jak w tej konstrukcji może zaistnieć mój szpital jako realizator narzuconego pakietu. Wspólnie z dyrektorem Dolnośląskiego Centrum Onkologii wykonywali, że ciekawym rozwiązaniem będzie, jeżeli „nasz” pacjent trafi do DCO, gdzie będzie miał konsylium w trybie ambulatoryjnym (dopuszczone zarządzeniem), ustalonego koordynatora i zostanie skierowany na samo leczenie zabiegowe do naszego szpitala, aby po operacji udać się na leczenie chemiczne bądź radioterapię z powrotem do DCO. Samo Centrum, które też ma ograniczenia w podjęciu leczenia operacyjnego w ciągu dwóch tygodni wymaganych przez pakiet, było za realizacją tego pomysłu. Ale niestety – odpowiedź NFZ



Ewa Borek
prezes Fundacji My Pacjenci

Z pakietu mogą pozostać brak limitów leczenia onkologicznego i zielona karta. Wielokrotnie wskazywałam, że prawo wprowadzane w atmosferze konfliktu społecznego jest niewiele warte. Rozwiązania powinny być przedyskutowane z tymi, których dotyczą, tymczasem pacjent nadal nie wie, u kogo i gdzie ma się leczyć, nie ma funkcji przypominania o terminach badań czy wizyt. Prawo, w którym nie ma porozumienia pacjentów ze świadczeniodawcami, nie ma sensu. Podobnie nie ma obyczaju konsultowania pacjenta między lekarzem POZ a onkologiem, a ten pierwszy powinien dysponować telefonem do specjalisty i móc zadzwonić, kiedy tego potrzebuje. Niestety nie wydaje mi się, żeby pakiet przyczynił się do poprawy skuteczności leczenia onkologicznego. Zbyt wielu elementów w nim brakuje. Nie ma szansy zadziałania bez przekonania do niego samych świadczeniodawców i lekarzy, choć zapewne wycofywanie się z jego realizacji stanowi margines.

**LEKARZE W PORADNIACH SPECJALISTYCZNYCH,
Z UWAGI NA BRAK KART DIŁO
Z PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ,
WPADLI W NAJWIĘKSZĄ PUŁAPKĘ**

była jasna: konsylium tam, gdzie leczenie zabiegowe. I znowu mamy problem.

Kolejnym powszechnym problemem jest histopatologia. Możliwość szybkiego badania histopatologicznego, w tym śródoperacyjnego, ma niewiele szpitali w Polsce. Tymczasem do rozliczenia hospitalizacji w ramach pakietu potrzeba albo leczenia na ścieżce pakietu, która jak opisano wyżej, jest praktycznie zablokowana już na poziomie lekarzy rodzinnych, albo rozpoznania nowotworu wraz z jego potwierdzeniem w Krajowym Rejestrze Nowotworów z badaniem histopatologicznym. Typowy czas oczekiwania na wynik badania to dwa tygodnie, w przypadkach pilnych, a takim jest rozpoznanie nowotworu, może to być minimum 5 dni. Jest to związane z faktem, że zewnętrzne pracownie odbierają materiał zazwyczaj raz, dwa razy



Jacek Krajewski
szef Federacji Porozumienie
Zielonogórskie

Lekarze POZ nie mogą się wycofać z pakietu onkologicznego, bo są wpisani w ustawę. Ale jednocześnie lekarze specjaliści, na przykład ginekolog czy onkolog, nie mogą wystawić zielonej karty w razie uzasadnionego podejrzenia. To trzeba poprawić. Ustawodawca przewidział także zbyt mało funduszy na diagnostykę w specjalistycie, co może powodować przesuwanie innych pacjentów na dalsze terminy i wręcz być groźne dla finansów placówek, ponieważ stawka za badanie jest niższa niż koszt ich przeprowadzenia. Szpitale natomiast mają problem z tym, że lekarz prowadzący leczenie onkologiczne nie może go skorygować bez zasięgnięcia opinii konsylium, co znacznie wydłuża proces terapeutyczny. To także może powodować, że szpitale nie mieszczą się w zapisanych w rozporządzeniu terminach diagnostyczno-leczniczych, a od ich spełnienia uzależniona jest płatność za wykonane usługi.



© PAP/Jakub Kaczmarczyk

w tygodniu. A przecież często potrzebne jest np. badanie immunochemiczne, co jeszcze bardziej wydłuża czas oczekiwania. I co należy zrobić? Przetrzymać pacjenta w szpitalu? Udzielić przepustki i obawiać się, że w tym czasie pojawi się tzw. konflikt, bo pacjent uda się do innego lekarza i NFZ odmówi finansowania hospitalizacji? Następstwem tych problemów jest to, że w moim szpitalu w styczniu rozliczono hospitalizacje w ramach świadczeń limitowanych, a karty DIŁO wystawiono w poradniach szpitalnych po uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego. Wszystko poza pakietem, bo nie daje on żadnego rozsądnego rozwiązania z punktu widzenia pacjenta i lekarza.

Do tego należy jeszcze dołożyć wykluczenie z pakietu oddziałów internistycznych, które są najczęstszym miejscem wychwytywania chorób nowotworowych, czy pominięcie w opiece w ramach pakietu leczenia długoterminowego i hospicyjnego. Podobnych przykładów, które uniemożliwiają realizację pakietu, menedżerowie



i lekarze mogliby podawać dziesiątki. Pozostaniemy jednak przy tych kilku.

Tratwy ratunkowe

Pytanie: właściwie dla kogo te tratwy? W grudniu 2014 r., kiedy reprezentacja szpitali powiatowych prowadziła negocjacje z NFZ przy udziale resortu zdrowia, ustalono, że jeśli nie będziemy mogli korzystać z pakietu, co kwartał niewykorzystane pieniądze będziemy mogli przenieść z powrotem do świadczeń limitowanych. Jak w kawale z kozą. Będzie tak samo, tylko że trochę później i z tego powinniśmy się cieszyć. Pewnie z powodu tego porozumienia szpitale powiatowe nie wypowiadają jeszcze gremialnie swoich kontraktów.

Trudno szukać beneficjentów pakietu onkologicznego. Nie są nimi wielkie centra onkologiczne, którym z kolei poobniżano ceny wielu świadczeń, czyli będą musiały wykonać ich więcej za mniejsze pieniądze. Może to i słuszne, bo wiele było przeszacowanych, np.

TRUDNO SZUKAĆ BENEFICJENTÓW

PAKIETU ONKOLOGICZNEGO.

NIE SĄ NIMI NAWET

WIELKIE CENTRA ONKOLOGICZNE,

KTÓRYM OBNIŻONO CENY

WIELU ŚWIADCZEŃ

chemioterapii w warunkach hospitalizacji, ale jaka powinna to być cena, miała odpowiedzieć AOTM, a na to jeszcze długo poczekamy. Największym problemem wielkich szpitali jest w tej chwili dotrzymanie wymaganego przez pakiet terminu 2 tygodni od zarejestrowania do podjęcia leczenia. Bez współpracy z innymi szpitalami będzie to trudne do wykonania.

Czy pacjenci są beneficjentami pakietu? Trudno powiedzieć. Onkobarometr fundacji Watch Health Care nie daje jednoznacznej odpowiedzi w kwestii skrócenia kolejek dla tej grupy chorych. Za wcześnie, by odpowiedzieć na pytanie, czy choć trochę zwiększyła



Foto: Leszek Szymanski/PAP

Bożena Janicka

prezes PPOZ

W Szwajcarii pierwszy pakiet onkologiczny nie zadziałał i dopiero drugie rozwiązanie przyczyniło się do poprawy sytuacji pacjentów. W Polsce

także powinniśmy liczyć się z tym, że nasze rozwiązania wymagają modyfikacji, a problem kadrowy może się stać poważną przeszkodą w realizacji pakietu onkologicznego, szczególnie w mniejszych miejscowościach, gdzie trudno o specjalistów onkologów do organizacji konsylium, które stanowi wymóg ministerialny w leczeniu nowotworów. Niedobrze by się stało, gdyby pakiet realizowały jedynie duże instytuty w większych miastach, które nie mają takich problemów kadrowych jak placówki terenowe. Na razie trudno ocenić, jaka będzie przyszłość pakietu, bo to pokaże najbliższe pół roku, ale wiadomo już, że bez rozwiązania problemów kadrowych może on nie zadziałać, gdyż placówki będą się z niego wycofywać, tym bardziej że są przewidziane sankcje za nierealizowanie terminów leczniczych. Problem kadrowy stanowi najpoważniejsze zagrożenie w realizacji pakietu i może się przyczynić do tego, że kolejki się wydłużą zamiast skrócić, co było celem zmian.



© Illustration Works/Corbis



Fot. PAP/Andrzej Grygiel

Sergiusz Nawrocki
onkolog, Śląski Uniwersytet
Medyczny

Pakiet onkologiczny może umrzeć śmiercią naturalną, jeśli nie zostanie poprawiony i nie zostaną zlikwidowane

biurokratyczne mechanizmy wydłużające w praktyce czas do rozpoczęcia leczenia chorych na nowotwory. Nie sądzę, żeby w obecnej postaci miał on jakiegokolwiek szanse przetrwania. Zdajemy sobie sprawę z nacisków NFZ na jego wprowadzanie, ale przy okazji zauważamy, że na razie wszystko działa w sposób karykaturalny. Bo jak inaczej nazwać tworzenie konsyliów tylko po to, aby podpisać dokumenty dla Funduszu bez obejrzenia chorego, bo w przeciwnym razie nie będą możliwe rozliczenia finansowe? Konsylia nie są potrzebne w każdym przypadku, tymczasem przez obowiązek ich organizacji urzędnicy NFZ nakazują lekarzom, jak mają leczyć. Pacjenci też są w trudnej sytuacji, bo rozbudzo ich oczekiwania, że leczenie zacznie postępować szybko, a często tak się nie dzieje. Pacjent nawet w ewidentnych przypadkach diagnostycznych jest cofany w systemie do początku ścieżki, kiedy pojawią się jakieś uchybienia formalne, co znacznie wydłuża czas do rozpoczęcia terapii.

się wczesna wykrywalność chorób. Na pewno jeszcze większą władzę uzyskały Ministerstwo Zdrowia i NFZ, choć nie wiadomo, po co jest im ona potrzebna.

Przepraszam, chyba jeden beneficjent się znalazł. Bardzo ciekawe, ile zarobiły stacje telewizyjne na kreskówkach ministerstwa dotyczących pakietu onkologicznego emitowanych co parę godzin na większości kanałów. Może należałoby zadać to pytanie w trybie informacji publicznej, a następnie w tabloidowy sposób przeliczyć to na możliwe do wykonania badania TK bądź niezbędne operacje? Mieliby PR-owcy Bartosza Arłukowicza problem, jak odpowiedzieć.

Syndrom pierwszej faktury

Wiele osób czekało z oceną pakietu na wiadomość, ile nam za to zapłacą. No to już wiemy. Lekarzom rodzinnym tyle samo lub tylko niewiele więcej. Specjalistom mniej za pakiet onkologiczny, bo nie było praktycznie skierowań, plus jeszcze strata na następstwach nieporuszanego tutaj pakietu kolejowego. W szpitalach małych mniej, bo trudno w ramach pakietu realizować świadczenia onkologiczne. W szpitalach wielkich też mniej, bo zmniejszono taryfy, a ciągle nie wiadomo, co będzie, kiedy przyjdą korekty za przekroczenia terminów. Z punktu widzenia NFZ – cud gospodarczy, uszczelnienie systemu, jakiego jeszcze nie było. A z punktu widzenia pacjentów? Nie mam pojęcia, czy zauważyli jakąkolwiek pozytywną zmianę. Bo o tych, którzy są poza pakietem, nawet nie śmiem wspomnieć.

Maciej Biardzki