

Dlaczego pakiet onkologiczny nie spełnił oczekiwań pacjentów i twórców?



Fot. iStockphoto.com 3x

Bezsenność decydenta

Pakiet onkologiczny to już pięcioletnia historia. Byłem świadkiem i aktywnym uczestnikiem jego tworzenia i późniejszych modyfikacji. Patrzyłem, jak powstaje, w części mogłem zdecydować o jego rozwiązaniach, niestety nie o jego finansowaniu. Potem śledziłem losy pakietu i byłem współautorem jego dwóch modyfikacji, które wynikały z rocznych i dwuletnich doświadczeń w jego funkcjonowaniu. I w tym przypadku sprawy wycen procedur w pakiecie pozostawały w kompetencjach innej instytucji. Przyszedł czas zadać sobie pytanie, dlaczego europejskie i światowe rozwiązania, z modyfikacjami odpowiednimi dla naszego systemu opieki zdrowotnej, nie sprawdziły się w przypadku polskiej onkologii? Dlaczego mimo teoretycznego funkcjonowania pakietu onkologicznego nadal mamy jedno z najgorszych w Europie wskaźników klinicznych? I dlaczego pracownicy resortu z tego powodu cierpieli na bezsenność?

System organizacji pakietu został źle zaprojektowany i wdrożony? Nasi lekarze są mniej wyedukowani w tym zakresie, a może źle wykształceni, może bez empatii w stosunku do pacjentów? Kadra zarządcza

ośrodków onkologicznych, szczególnie dużych, jest zainteresowana wyłącznie utrzymaniem status quo, a rozwiązania pakietu za bardzo burzyły ustalony przez wiele lat porządek? Może po prostu nie dojrzeli-



„Dlaczego lekarze i dyrektorzy regionalnych centrów onkologii oraz mniejszych szpitali zbojkotowali pakiet onkologiczny, dlaczego bezlimitowy projekt nie jest w pełni realizowany?”

śmy mentalnie do systemu, który jest dla pacjentów? Takie pytania można mnożyć, ale proszę pozwolić, że przedstawię swoją historię.

Początek

Od jakiegoś czasu panował w Polsce błogi dla rządzących, środkowy okres drugiej kadencji rządów Platformy Obywatelskiej – czas, którego nadrzędnym przesłaniem było: nic nie robimy, bo jest dobrze, jesteśmy zadowoleni z tego, co zrobiliśmy, społeczeństwo też jest zadowolone, a robienie czegokolwiek wiąże się z ryzykiem wywołania społecznego niezadowolenia. Zresztą, nie bardzo wiemy, czy chcemy rządzić trzecią kadencję.

Nagle na specjalnie zwołanej konferencji (o dziwo, nie był to rok wyborczy) premier w asyście jednego z autorytetów w dziedzinie onkologii ogłasza, że zdecydował o bezlimitowym rozliczaniu świadczeń onkologicznych i niezwłocznie przedstawi społeczeństwu stosowne rozwiązania. Rzeczą dotyczyła kompetencji zarówno ministra zdrowia (po trzech latach błędnego nicnierobienia naprawdę był wkurzony z tego powodu, a nie wiedział jeszcze, że przyjdzie mu się zmierzyć ze strajkiem jednego z porozumień podstawowej opieki zdrowotnej), jak i prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który teoretycznie musiał wyłożyć pieniądze na ten cel, ale trochę było mu wszystko jedno, bo miał

ustawowo określony limit finansowy i nie miał zamiaru go przekroczyć (w tamtych czasach, w odróżnieniu od dzisiejszych, to nie było nawet mentalnie możliwe). Powiedziane – trzeba zrobić.

Zespół Ministerstwa Zdrowia został wzmocniony o kilka osób (zresztą bardzo merytorycznie wartościowych) z Departamentu Analiz w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, które to osoby zainicjowały utworzenie Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia. Właśnie w tym Departamencie we współpracy z onkologami (raczej nie z centrów onkologii), organizatorami opieki medycznej z Polski i z zagranicy, głównie z Wielkiej Brytanii, oraz analitykami z Ministerstwa Zdrowia i NFZ powstawały kolejne merytoryczne założenia pakietu onkologicznego. W połowie tych prac zaproponowano mi stanowisko wiceministra (przypominam, że cały czas byłem w resorcie na innym stanowisku), na co zgodziłem się z różnych względów i kropka. W ten sposób nadzór nad realizacją pakietu, decyzją ówczesnego ministra zdrowia, przypadł mojej osobie.

Bezsensowność

Zespół opracowujący założenia pakietu onkologicznego – słusznie, lecz niestety czasami bezkrytycznie – wzorował się na systemie brytyjskim, częściowo francuskim, a także na systemach skandynawskich. Po poprawkach uwzględniających nasze odmienności i przede wszystkim możliwości organizacyjne, a dopiero potem finansowe – zaproponowano docelowe rozwiązania. Ich podstawowym założeniem była zapowiedziana hucznie bezlimitowość świadczeń onkologicznych, jednak nie taka, jakiej spodziewali się dyrektorzy centrów onkologii! Właśnie ta bezlimitowość spędzała sen z powiek ówczesnym decydentom w Ministerstwie Zdrowia, do których i ja już wówczas należałem. Bezlimitowość była wtedy czymś niepojętym. Proszę sobie przypomnieć, że w tamtych czasach, czyli przynajmniej z mojej perspektywy całkiem niedawno, limitowane były także porody. Decyzja o Nielimitowaniu świadczeń onkologicznych była decyzją przełomową. Była przyznaniem, nieświadomie dla rządzących, że dziedziny kluczowe dla życia ludzkiego, takie jak onkologia, porody, kardiologia w przypadku epizodów wieńcowych i w przyszłości wiele innych procedur, nie mogą być limitowane.

Strach przed finansowymi konsekwencjami braku limitów przysłonił i zmodyfikował pierwotne założenia projektu. Zanim jednak przejdziemy do kolejnych etapów opowieści, chciałbym przypomnieć rewolucyjne na tamte czasy (a to tylko kilka lat temu) rozwiązania organizacyjne pakietu onkologicznego.

Bez limitów

Onkologia bez limitów to szybka diagnostyka, szybkie leczenie i skoordynowana opieka po zakończonym

leczeniu. Wydawałoby się, że założenia są oczywiste. Tylko tyle? Aż tyle. Rozłóżmy pakiet na poszczególne czynniki.

Po pierwsze lekarz POZ w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej określa jej prawdopodobieństwo za pomocą dostępnych mu narzędzi, takich jak tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, gastroskopia, kolonoskopia, ten zestaw jest finansowany z puli NFZ, a nie lekarza POZ, oraz wszelkich badań będących w jego kompetencjach. Jeżeli uzna, że istnieje podejrzenie lub pewność jakiegokolwiek choroby nowotworowej, wydaje kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO), która kieruje pacjenta na szybką ścieżkę diagnostyczną i terapeutyczną. Kolejnym etapem jest spotkanie z lekarzem specjalistą w zakresie określonej choroby nowotworowej, który przeprowadza diagnostykę wstępną lub pogłębioną, obie maksymalnie w ciągu czterech tygodni. Oczywiście lekarz specjalista może także sam wystawić kartę DiLO zarówno w przypadku podejrzenia, jak i rozpoznania choroby nowotworowej. Dlaczego statystycznie lekarze tak rzadko to robią? Całkowity czas wykonania diagnostyki do momentu podjęcia leczenia wynosi siedem tygodni. Z założenia niedotrzymywanie tych terminów powinno się wiązać z karami finansowymi, a dotrzymanie z dodatkowym finansowaniem.

Konieczne jest również przypomnienie o innych istotnych osobach, a właściwie funkcjach:

- osobie koordynatora, który wskazuje pacjentowi kolejne etapy diagnostyki, leczenia i procedur po jego zakończeniu, oraz
- konsylium złożonym z lekarzy właściwych dla danej choroby nowotworowej, którzy decydują wspólnie z pacjentem o sposobie i harmonogramie leczenia.

Leczenie pacjenta będącego na ścieżce onkologicznej musi być kompleksowe – szpital musi zapewnić wszystkie niezbędne świadczenia również po procesie leczenia: rehabilitację, opiekę paliatywną lub opiekę długofalową w ramach POZ.

Chyba nie da się bardziej skrócić, dla potrzeb tego artykułu, opisu zasad pakietu onkologicznego, o których większość z nas – tak przypadkiem – zapominała.

Jak to możliwe, że tak szczytne, korzystne dla pacjenta, istotne dla jego życia rozwiązania organizacyjne nie są realizowane? Dlaczego środowisko ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i lekarzy specjalistów zatrudnionych w szpitalach jest przeciwne rozwiązaniom przyjętym w większości krajów europejskich? Jak zawsze, gdy nie wiadomo o co chodzi, to wiadomo? Choć nie do końca.

Zapadalność na choroby nowotworowe w Polsce i na świecie jest na stosunkowo stałym, jednak powoli rosnącym poziomie. Dlatego z bardzo dużym prawdopodobieństwem można przewidzieć skutki i koszty, które musi ponieść państwo w związku z obowiązkiem leczenia tych chorób.

„Bezlimitowość spędzała sen z powiek ówczesnym decydom w Ministerstwie Zdrowia, do których i ja już wówczas należałem”



„Całkowity czas wykonania diagnostyki do momentu podjęcia leczenia wynosi siedem tygodni. Z założenia niedotrzymywanie tych terminów powinno się wiązać z karami finansowymi, a dotrzymanie z dodatkowym finansowaniem”

By odpowiedzieć, jak to wygląda z mojego punktu widzenia, jak i dlaczego lekarze i dyrektorzy regionalnych centrów onkologii oraz mniejszych szpitali zbankotowali pakiet onkologiczny, dlaczego bezlimitowy projekt nie jest w pełni realizowany – pozwoliłem sobie na analizę organizacyjną i finansową tych kwestii. Zapraszam do lektury następnego artykułu.

Piotr Warczyński