

Kardiologia *versus* onkologia w Polsce

Worek bez dna

Brak limitów na leczenie ostrych zespołów wieńcowych sprawia, że w zasadzie jest to jedna z nielicznych dziedzin, w których oferta systemu ochrony zdrowia odpowiada potrzebom pacjentów. Dzięki dobrej wycenie świadczeń kardiologii interwencyjnej w leczeniu schorzeń kardiologicznych mamy wyniki nieodbiegające od najbardziej rozwiniętych państw. Czy ten sukces można powtórzyć w onkologii? Tak, ale...



„Zbliżamy się do transformacji polegającej na objęciu przez nowotwory pierwszego miejsca wśród przyczyn zgonów, przed chorobami krążenia” – ostrzega Polskie Towarzystwo Onkologiczne w opublikowanej w czerwcu „Białej Księdze”, analizującej warunki leczenia raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle krajów europejskich.

Wzrost zachorowań

Onkolodzy szacują, że w 2020 r. 180 tys. ludzi zapadnie na nowotwór złośliwy. To 40 proc. więcej niż obecnie. Brzmi to jak zapowiedź kataklizmu. Już dziś korytarze przychodni onkologicznych są najbardziej zatłoczonymi miejscami w szpitalach. Z książki wynika, że polscy pacjenci są leczeni znacznie gorzej niż chorzy z innych części Europy. Nasz kraj ma jedną z najwyższych śmiertelności populacyjnych w Europie (iloraz zgonów z powodu danego nowotworu w danym roku w porównaniu z nowymi zachorowaniami na dany nowotwór w tym samym czasie). Polska jest najmniej skuteczna w leczeniu jednego z najczęstszych nowotworów: raka jelita grubego. Na przykład Szwedzi radzą sobie w tej kwestii dwa razy lepiej.

Europejskie Partnerstwo na rzecz Walki z Rakiem zobowiązuje państwa Unii Europejskiej, by do 2013 r. przedstawiły program, który o 15 proc. zwiększy skuteczność walki z rakiem do 2020 r. PTO zapowiedzia-

ło, że w październiku ma być gotowa tzw. zielona księga – zbiór zaleceń, które pomogą rządowi opracować nową strategię zdrowotną.

Odpychanie pacjentów

Minister zdrowia Ewa Kopacz w każdej wypowiedzi publicznej podkreśla, że onkologia jest priorytetem rządu. Na poparcie swoich słów przytacza liczby. Faktycznie, od pięciu lat zwiększane są fundusze na leczenie chorych na nowotwory. Wciąż jednak wydatki w przeliczeniu na liczbę mieszkańców w Polsce są jednymi z najniższych w Europie.

W nowomowie dyrektorów szpitali pojawiło się określenie „zarządzanie kontraktem z NFZ”. To nic innego, jak odpychanie od placówki pacjentów wymagających źle wycenionych świadczeń i przyciąganie osób potrzebujących procedur, na których szpital może zarobić. Pacjenci onkologiczni są właśnie najczęściej w grupie „niedochodowych”.

Powikłania

Doktor Jerzy Jakubowicz z Centrum Onkologii w Krakowie uważa, że szczególnie niedofinansowana jest chirurgia onkologiczna i ginekologia onkologiczna. W tych dyscyplinach często wykonuje się duże zabiegi w zakresie wielu narządów, obciążone poważnym ryzykiem powikłań. Niestety, płatna jest pojedyncza



fot. images.com/Corbis

procedura. Oznacza to, że płatnik zwraca koszty podstawowej operacji, ale nie refunduje większości kosztów poniesionych przez szpital w związku z leczeniem powikłań.

– Argument, że w dobrym szpitalu nie ma powikłań, jest z gruntu nieprawdziwy, bowiem po pierwsze, powikłania są nieodłącznym elementem każdej terapii, a po drugie, dobra placówka podejmuje ryzyko przeprowadzania trudnych operacji, a co za tym idzie, częściej musi się borykać z komplikacjami. Zatem nieuwzględnianie albo uwzględnianie jedynie części dodatkowych kosztów może powodować, że szpitale będą rezygnować z trudnych, czyli potencjalnie kosztownych procedur – tłumaczy dr med. Jerzy Jakubowicz, dyrektor ds. organizacyjnych Centrum Onkologii w Krakowie.

Rezygnacja

Profesor Jacek Jassem, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, wskazuje również inny problem. 1 lipca obniżono o połowę (z 267 zł do 133,5 zł) wycenę biopsji gruboigłowej piersi. Jest to standardowa metoda diagnostyczna, pozwalająca, w odróżnieniu od mniej precyzyjnej biopsji cienkoigłowej, na dokładne ustalenie rozpoznania, a dzięki dodatkowym badaniom immunohistochemicznym (receptory steroidowe i HER2) – zrationalizowanie leczenia tego nowotworu. – W efekcie niektóre instytucje, zwłaszcza prywatne, odmawiają wykonania biopsji. W naszym szpitalu zrobiliśmy bar-

dzo uczciwą kalkulację kosztów tej procedury. Kosztuje ona 338,11 zł. Nie wiem więc, jakimi kalkulacjami kierowano się, wprowadzając zmiany – zastanawia się prof. Jacek Jassem.

Przyczyną jest limit

Kardiologowie inwazyjni wywalczyli wpisanie ostrych zespołów wieńcowych na listę świadczeń nielimitowanych przez NFZ. Nie zdarza się, aby pacjent z zawałem czekał na konieczny zabieg. Chorzy z nowotworem na nowoczesną diagnostykę i leczenie operacyjne czekają – czasami kilka tygodni, czasami kilka miesięcy, choć w ich wypadku zwłoka jest równie niekorzystna.

„ Onkologia to worek bez dna. Zawsze znajdzie się nowocześniejszy sprzęt, droższy lek. Samo zwiększanie puli pieniędzy na tę dziedzinę medycyny nie wystarczy ”

– Od kilku lat najlepsze ośrodki onkologiczne w Polsce borykają się z nadwykonaniami we wszystkich procedurach onkologicznych: chirurgia, radioterapia i chemioterapia. Nie-limitowanie świadczeń ewidentnie zwiększyłoby dostępność leczenia. Konieczne wydaje się uznanie terapii onkologicznej za ratującą życie. Zwłaszcza procedury onkologiczne uznane za standardy leczenia w poszczególnych nowotworach nie powinny być limitowane – uważa dr med. Jerzy Jakubowicz.

Porównanie z kardiologią ma sens, bo – podobnie jak w wypadku zabiegów kardiochirurgicznych – celem nowoczesnych terapii nowotworowych jest całkowite wyleczenie i przywrócenie normalnej aktywności życiowej chorego. – Musi to jednak nastąpić poprzez zastosowanie – od rozpoznania – właściwego leczenia w odpowiednim czasie. Nie może być mowy o limitowaniu świadczeń czy wyznaczaniu odległych terminów – ocenia onkolog.

Technologia o udowodnionej szkodliwości

– Kolejka jest technologią o udowodnionej szkodliwości. Szczególnie w onkologii – twierdzi Krzysztof Łanda, prezes Fundacji Watch Health Care (WHC), niezależny ekspert ds. ochrony i ekonomiki zdrowia. Gdy widzi mój śmiech, dowód uznania celności żartu, wyjaśnia: – Mówię



for. Bartosz Siedlik/Fotorepea

„ Krzysztof Łanda: Kolejka jest technologią o udowodnionej szkodliwości. Szczególnie w onkologii. Bo w tej dziedzinie podstawową rzeczą jest dostęp do lekarza ”

„ W nowomowie dyrektorów szpitali pojawiło się określenie zarządzanie kontraktem z NFZ, które oznacza odpychanie od placówki pacjentów wymagających źle wycenionych świadczeń ”

wię zupełnie poważnie. Zgodnie z definicją zawartą w ustawie refundacyjnej i definicją Health Technology Assessment International (HTAi), technologią medyczną jest również system organizacji ochrony zdrowia. Taką aranżacją systemową jest u nas m.in. kolejka.

Najnowszy ranking Fundacji WHC (www.korektorzdrowia.pl) daje jednak podstawy do ostrożnego optymizmu. W 2011 r. polepszyła się dostępność wybranych metod diagnostyki i chirurgii onkologicznej. Średni czas oczekiwania na chirurgię onkologiczną skrócił się z 4 do 2 miesięcy.

Niestety, wydłużyły się kolejki do specjalistów: hematologów (z 3 do 5 miesięcy), okulistów i endokrynologów. To lekarze, do których często zgłaszają się pacjenci z niepokojącymi objawami mogącymi świadczyć o nowotworze.

– W onkologii podstawową rzeczą jest dostęp do lekarza. To procedura o superwysokiej opłacalności. Aby zapewnić lepszy dostęp do lekarzy onkologów czy hematologów, wystarczy podnieść wycenę procedur – uważa dr Krzysztof Łanda.

– Są dwa elementy umożliwiające doskonały dostęp do świadczeń onkologicznych: wysoka wycena świadczeń i brak limitów. Pytanie tylko, czy onkolodzy będą umieli wywalczyć sobie takie warunki jak kardiolog – dodaje.

Jego zdaniem, dobrze wycenione i pozbawione limitów powinny być świadczenia najistotniejsze z punktu widzenia zdrowia społeczeństwa. Te, które są najbardziej opłacalne, o wysokiej skuteczności, a ich koszt jest relatywnie niewielki. – Takim przykładem jest radioterapia. Jeżeli u pacjenta z guzem od razu wykona się radioterapię,

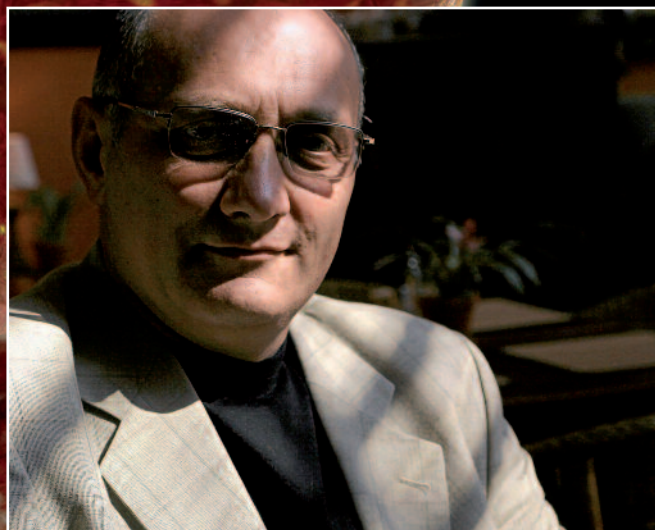
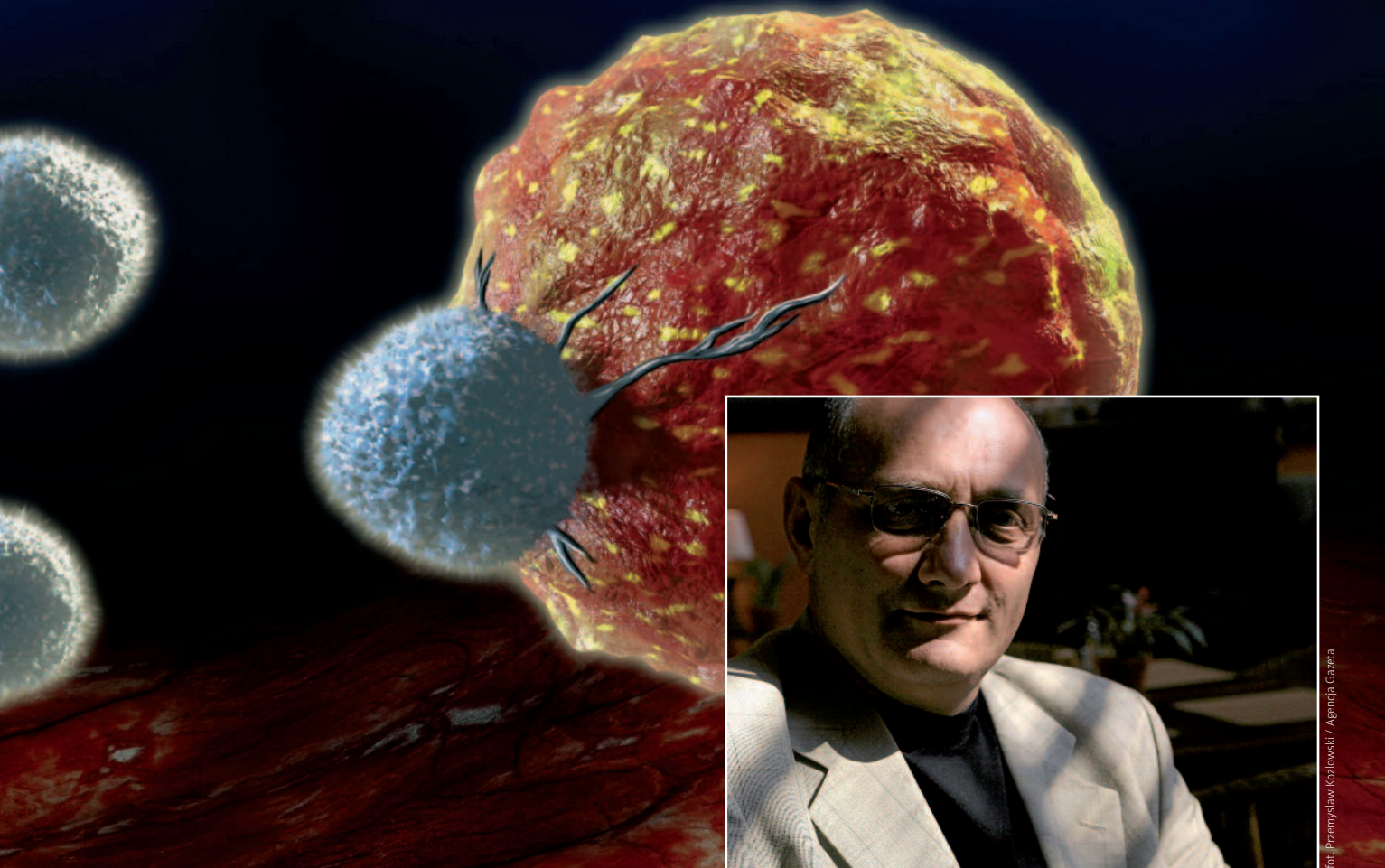


foto: Przemysław Kozłowski / Agencja Gazeta

foto: 123RF.com

będzie to postępowanie ukierunkowane na całkowite wyleczenie. Jeżeli ten pacjent poczeka w kolejce 4 czy 5 miesięcy, lekarz może mu zaoferować już tylko radioterapię paliatywną – mówi Łanda.

Próg opłacalności

Obecnie procedury w radioterapii, przy uwzględnieniu bardzo wysokich kosztów amortyzacji, często są wycenione poniżej progu opłacalności. Bywa również, że onkologów zaskakuje rozrzutność NFZ. Na początku sierpnia fundusz wydał decyzję dotyczącą finansowania radioterapii przy użyciu aparatu Gamma Knife. Zabieg wyceniono na 25 tys. zł, podczas gdy w Pradze kosztuje on 10 tys. zł. – *O ile wiem, procedura w ogóle nie była oceniana przez AOTM. Ubezpieczyciela nie przekonały argumenty, że jest to względnie prosty, jednorazowy zabieg radioterapeutyczny, znacznie mniej pracochłonny niż wycenione na połowę tej kwoty wielotygodniowe i bardzo złożone metody stosowane w nowoczesnej radioterapii. Uwzględniono natomiast argument, że inwestycja musi się zwrócić prywatnemu inwestorowi. Teraz można się spodziewać, że nagle znajdzie się bardzo wielu kandydatów do takiej terapii – w ubiegłym roku było ich w Polsce kilku – ocenia prof. Jacek Jassem.*

Sprzęt zamiast lekarzy

Pieniądze to jednak nie wszystko. Trzeba je mieć, ale też umieć wydawać. Co roku rząd przeznaczają na realizację Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych 250 mln zł. Z tej puli finansowane są m.in. badania przesiewowe, nowy sprzęt radiologiczny

„ Jacek Jassem:
Powinniśmy ogłosić moratorium na powstawanie nowych łóżek onkologicznych. Słyszę jednak, że jest odwrotnie: powstają kolejne szpitale giganty i pewnie ktoś uzna, że to sukces ”

i szkolenia onkologiczne dla lekarzy rodzinnych. Sposób wydawania tych funduszy budzi kontrowersje.

– *Uważam, że strumień pieniędzy z Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych jest źle kierowany. Trzeba sobie odpowiedzieć na pytanie, na czym głównie zależy naszemu społeczeństwu. Czy faktycznie interesuje nas zakup kolejnego urządzenia do pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej, który nie jest prawidłowo wykorzystywany? W Polsce nie ma wystarczająco dużo chorych, których należy diagnozować przy wykorzystaniu już zakupionych aparatów. Opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych mówią, że w naszym kraju wystarczyłoby dwa takie urządzenia. Zastanawiam się więc, czy pieniądze z Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych powinny być wydawane na kolejny superspecjalistyczny sprzęt, czy na dofinansowanie wizyt u onkologów i hematologów, z których pomocy korzysta*

wiele osób, co natychmiast odczułaby znaczna część społeczeństwa – twierdzi Krzysztof Łanda.

Badania przesiewowe

Z badań przesiewowych wciąż korzysta zaledwie część uprawnionych. Frekwencja, w zależności od województwa, wynosi od 15 do 40 proc. Dochodzi do absurdalnych sytuacji, że przychodnia ma niewykorzystane pieniądze na badania w ramach programów profilaktycznych (na przykład raka jelita grubego), a pacjenci ze skierowaniem miesiącami czekają na kolonoskopię.

– To pierwszy taki program przesiewowy w historii wojennej Polski. Nie możemy porównywać się z krajami Europy Zachodniej, gdzie takie działania podejmowane są od lat. Biorąc pod uwagę, że dopiero budujemy świadomość zagrożenia onkologicznego, frekwencja wcale nie jest zła – uspokaja dr n. med. Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii.

Sceptycy dodają, że dobrze, iż frekwencja nie jest wyższa, bo pacjenci z wykrytymi zmianami nowotworowymi sparaliżowaliby niewydolny system ochrony zdrowia. Z tą opinią nie zgadza się dr n. med. Wojciech Wysocki z Centrum Onkologii w Krakowie.

– Niektóre testy z powodu wyników nowych badań naukowych mogą tracić przypisywaną im rangę. Na przykład przeszło 10 lat temu sądzono, że oznaczanie stężenia PSA – (antygeny swoistego dla gruczołu krokowego) – będzie mogło służyć jako populacyjny test przesiewowy. Obecnie wiadomo, że tak nie jest. Toczy się także dyskusja nad częstotliwością wykonywania przesiewowej mammografii – w niektórych krajach się ją zmniejsza, np. w Wielkiej Brytanii zamiast co dwa lata zaleca się powtarzanie badania co trzy lata. Te zmiany powodują, że mimo spodziewanego wzrostu liczby osób poddających się badaniom przesiewowym, z uwagi na zmiany typu i częstości stosowanych testów, infrastruktura medyczna nie tylko może być dostateczna, ale wręcz w odległej perspektywie może teoretycznie okazać się nadmiernie rozbudowana – uważa dr n. med. Wojciech Wysocki.

Łóżka szpitalne

Nadmiernie rozbudowane z pewnością nie jest Centrum Onkologii w Warszawie. Projektowane na 300 pacjentów, przyjmuje w przychodni 1200 dziennie.

– Zlikwidowanie wojewódzkich poradni onkologicznych spowodowało, że wszyscy pacjenci kierowani są do centrów onkologicznych. To nie jest dobre rozwiązanie. Potrzebne są ośrodki pierwszego stopnia referencyjności, które będą prowadziły profilaktykę, wstępną diagnostykę oraz kontrolowały pacjentów po już zakończonym leczeniu w ośrodkach onkologicznych o wyższych stopniach referencyjności – uważa dr n. med. Janusz Meder. Jego zdaniem, onkologia to worek bez dna. Zawsze znajdzie się nowocześniejszy sprzęt, droższy lek. Samo zwiększanie puli pieniędzy na tę dziedzinę medycyny nie wystarczy. Potrzebne jest ekonomiczne gospodarowanie funduszami, szukanie oszczędności w naprawianiu przeciekającego systemu i nieustająca, masowa edukacja społeczeństwa na temat profilaktyki onkologicznej. Bo wcześniej wykryty nowotwór zazwyczaj oznacza mniejsze wydatki na leczenie i większe szanse na przeżycie.

Polski system leczenia onkologicznego jest zbyt ekstenywny. Ogromne fundusze marnuje się na niepotrzebną hospitalizację. – Brakuje alternatywnych propozycji dla droższych łóżek szpitalnych. Lepszym rozwiązaniem mogłyby być tanie hotele dla chorych przyjeżdżających z pobliskich miejscowości na chemioterapię lub radioterapię w ramach procedur jednodniowych – twierdzi prezes Polskiej Unii Onkologii.

Wtórzy mu prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego: – Moim zdaniem, powinno się wręcz ogłosić w Polsce moratorium na powstawanie nowych łóżek onkologicznych do czasu rozwiązania tego problemu. Słyszę jednak, że jest odwrotnie: powstają kolejne szpitale giganty i pewnie ktoś uzna, że to sukces – mówi.

Trudne zadanie

Przykład kardiologii inwazyjnej pokazuje, że zwiększenie wyceny świadczeń i nielimitowana refundacja skutecznych zabiegów pomaga uratować ludzkie życie. Później zaczynają się schody.

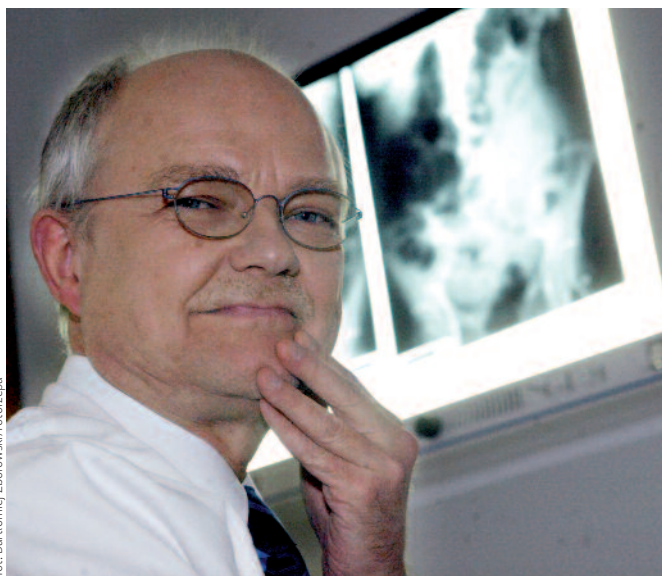


foto: Bartłomiej Zborowski/Fotozepca

„ Janusz Meder: Zlikwidowanie wojewódzkich poradni onkologicznych spowodowało, że wszyscy pacjenci kierowani są do centrów onkologicznych. To nie jest dobre rozwiązanie ”



„Nielimitowanie świadczeń onkologicznych zwiększyłoby dostęp pacjentów do leczenia. Konieczne jest uznanie terapii onkologicznej za ratującą życie”

foto: 123RF.com

– W ostatnich latach postęp w kardiologii interwencyjnej jest ogromny. Mamy 130 pracowni hemodynamicznych, które dyżurują przez całą dobę. Znacznie zmniejszyła się śmiertelność z powodu ostrych zespołów wieńcowych – z 30 do 3–5 proc. Ale kardiologia to nie tylko ostre zespoły wieńcowe, to przede wszystkim niewydolność serca, elektrokardioterapia, wady nabyte i wrodzone serca – te nadal czekają na dobre wyceny. I jeszcze jeden problem: pacjent, któremu uratowano życie, wymaga profilaktyki farmakologicznej, rehabilitacji, regularnych konsultacji z kardiologiem. I wtedy znów dopadają go kolejki i limity – mówi prof. Piotr Podolec, małopolski konsultant kardiologii.

Polska to jedyny kraj w Europie mający ujednolicone zalecenia zwalczania czynników ryzyka chorób układu krążenia, ale niewprowadzenie tych zasad znacznie obniża sukces leczenia zawału serca – 20–30 proc. pacjentów pomimo inwazyjnego leczenia umiera po 2–3 latach od interwencji. Rozwiązaniom zastosowanym w kardiologii interwencyjnej brakuje kompleksowości.

Rysa na szkle

Przed twórcami zielonej księgi stoi więc trudne zadanie: gospodarując tymi samymi pieniędzmi, poprawić jakość i skuteczność leczenia onkologicznego.

– Na początek chcielibyśmy zaproponować NFZ zniesienie limitowania przyjęć do leczenia w wysokospecjalistycznych ośrodkach – np. tych, które uzyskają status breast cancer units lub ich odpowiednikach dla raka jelita grubego. Ponieważ liczba obu nowotworów jest dość dokładnie znana i nie ma zagrożenia, że będzie większa z roku na rok np. o 20 proc., ryzyko takiego otwarcia kontraktu ze strony NFZ jest niewielkie, śmiem twierdzić, że znacznie mniejsze niż w kardiologii inwazyjnej – mówi prezes PTO.

Onkolodzy zamierzają zaproponować ponowne zdefiniowanie produktów kontraktowania w taki sposób, by obejmowały fragment cyklu leczenia, a nie tylko jego poszczególne epizody (np. hospitalizację chorej z rozpoznaniem raka piersi). – Złożenie tych dwóch elementów powinno zaowocować optymalizacją leczenia w odniesieniu do jego skuteczności oraz efektywności kosztowej, przyczynić się do poprawy praktyki klinicznej i adekwatnego nagradzania ośrodków osiągających najlepsze rezultaty, a także zwiększyć innowacyjność w kształtowaniu procesów diagnostyczno-leczniczych w wyniku usunięcia niektórych barier administracyjnych. Jeśli ten pilotażowy program przyniesie efekty, można rozważyć jego stopniowe rozszerzenie – planuje prof. Jacek Jassem.

Natalia Adamska-Golińska