

Kto i czego nie doczytał w abecadle gry zespołowej

Włos się jeży

W portalu „Medycyna Praktyczna” 26 listopada ukazał się dramatyczny artykuł pióra Macieja Biardzkiego „Gorzej niż zbrodnia. To błąd”. Z uwagi na to, że autor jest jednym z najbardziej znanych i czytanych autorów także „Menedżera Zdrowia”, nie można wobec tego artykułu przejść obojętnie.

RUGGIERI

Autor pisze, że „nikt nie uwierzy, że nieprzygotowane wprowadzenie pakietu [onkologicznego], w konflikcie z częścią środowiska lekarskiego oraz przy niewiedzy co do zasad jego działania większości pozostałych, będzie korzystne dla pacjentów. Brak fizycznej możliwości realizacji obietnic, zamieszanie od pierwszych dni, frustracja realizatorów pakietu, mogą co najwyżej doprowadzić pacjentów do szaleń. Tych, którzy już są chorzy na choroby nowotworowe i tych, którzy tych chorób się lękają. Czyli praktycznie wszystkich”.

Bez szans na uniknięcie konfliktu

I dalej: „Szansę na bezkonfliktowe wprowadzenie proponowanych zmian są bliskie zeru. Nikt lub prawie nikt spośród szeregowych świadczeniodawców tak naprawdę nie wie, o co w tym pakiecie chodzi, ponieważ do dzisiaj nie przedstawiono podstawowych aktów prawnych regulujących jego działanie. Onkolodzy wzruszają ramionami, ponieważ pakiet onkologiczny, który miał wprowadzać *cancer plan*, z planem tym ma niewiele wspólnego. Lekarze rodzinni protestują przeciw obarczaniu ich dodatkowymi obowiązkami za praktycznie te same pieniądze, bo wprowadzając dodatkowe finansowanie za realizację pakietu, jednocześnie wyprowadza się tylnymi drzwiami finansowanie za inne usługi medyczne”.

Gdzie naprawdę jesteśmy

W tym trudnym położeniu spróbujmy beznamiętnie (jeżeli to jest jeszcze możliwe) określić, gdzie jesteśmy i jaka jest krótka historia tej patowej sytuacji dotyczącej najważniejszego dziś problemu w polskiej opiece zdrowotnej. Otóż w liście do prezydenta RP z 23 maja 2012 r. Polska Unia Onkologii (PUO) alarmowała, że sytuacja w ochronie zdrowia w Polsce jest bardzo poważna z uwagi na niedobór pieniędzy z podstawowej składki zdrowotnej w porównaniu z zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych. Stwierdzono, że generalnie system ochrony zdrowia w Polsce nie spełnia swej podstawowej funkcji i jest coraz bardziej niewydolny. Mogą o tym świadczyć zwiększające się ograniczenia dostępu do świadczeń (najbardziej bolesne w onkologii) i wzrastająca pula funduszy poza systemem publicznym. Zdaniem PUO konieczna jest pilna systemowa reforma systemu.

Profesor Krzysztof Herman, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej, zastępca kierownika Kliniki Chirurgii Onkologicznej w krakowskim oddziale Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, stwierdził, że mamy zaledwie 3 tys. specjalistów mających w nazwie specjalności słowo „onkologiczna”.

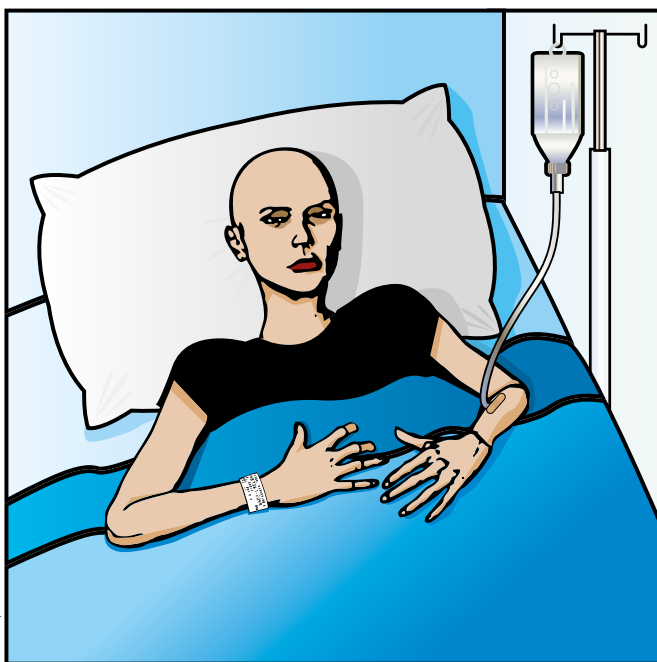
Konsultant przypomniał, że w Polsce jest 26 ośrodków pełnoprofilowych oferujących leczenie multidyscyplinarne, tj. w zakresie chirurgii onkologicznej, radioterapii i onkologii klinicznej, ale jednocześnie aż

500 szpitali zajmuje się leczeniem onkologicznym w ramach różnych specjalności. Metodą napromieniania leczono np. w 2011 r. 76 tys. chorych: jednych w ośrodkach zajmujących się 10 tys. pacjentów, innych w ośrodkach mających tylko 100 pacjentów rocznie. W ocenie profesora, w wypadku chirurgii onkologicznej możliwości terapii w specjalistycznych ośrodkach są coraz większe, oddziały te wykonują prawie 100 tys. zabiegów, w tym 90 proc. operacji w leczeniu nowotworów piersi i 50 proc. operacji w leczeniu nowotworów układu pokarmowego. Jednocześnie istnieje olbrzymie zróżnicowanie, jeśli chodzi o liczbę chirurgów onkologów w województwach, np. w dolnośląskim jest ich bardzo niewiele w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców w porównaniu z warmińsko-mazurskim.

„W Polsce jest 26 ośrodków pełnoprofilowych oferujących multidyscyplinarne leczenie onkologiczne, a jednocześnie aż 500 szpitali zajmuje się leczeniem onkologicznym w ramach różnych specjalności”

Finansowanie – skąd te różnice?

Profesor Herman zwrócił również uwagę, że szanse na wyleczenie różnią się nie tylko w zależności od ośrodka zajmującego się terapią, lecz także w zależności od specjalizacji. Podkreślał, że chirurgia onkologiczna jest podstawową metodą leczenia nowotworów i dzięki niej dochodzi do dwóch trzecich wszystkich wyleczeń, co nie znajduje jednak odzwierciedlenia w finansowaniu. Z budżetu NFZ wynoszącego w 2011 r. ok. 60 mld zł prawie 5 mld zł przeznaczono na leczenie pacjentów onkologicznych, w tym na chemioterapię 2,2 mld zł, na radioterapię 800 mln zł, a na chirurgię onkologiczną – 600 mln zł. – *To niewiele ponad 10 proc., podczas gdy chirurgii onkologicznej zawdzięczamy 75 proc. wyleczeń, a chemioterapii kilkanaście* – powiedział prof. Herman. Zwracał przy tym uwagę, że kwoty wydawane na mieszkańca danego województwa mają wpływ na pięcioletnie przeżycia: tam, gdzie na chirurgię onkologiczną przeznaczona jest więcej, szanse na wyleczenie są zdecydowanie większe. Są też sprawy, które niepokoją – brakuje szczegółowych danych inwentaryzacyjnych wszystkich elementów systemu. – *Jest Krajowy Rejestr Nowotworów, są dane NFZ, ale tak naprawdę nie mamy ośrodka, który wie, czym dysponujemy, co powinniśmy robić* – mówił prof. Herman.



„ W 2011 r. na chemioterapię wydano prawie 2,2 mld zł, na radioterapię ok. 800 mln zł, a na chirurgię onkologiczną zaledwie 600 mln zł, choć to właśnie jej zawdzięczamy 75 proc. wyleczeń ”

Potrzebna centralizacja

Nie ma także jednolitych standardów postępowania terapeutycznego – istnieją standardy konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii onkologicznej, których przestrzegają oddziały chirurgii onkologicznej, ale już oddziały chirurgii ogólnej, leczące te same nowotwory, takich standardów nie mają. Podobna sytuacja jest w innych specjalizacjach. Brakuje też nakładów na inwestycje w onkologii (poza radioterapią) i na działalność naukową. Następuje decentralizacja leczenia kosztem jakości. Tymczasem stoimy przed odwrotną perspektywą – centralizacji leczenia onkologicznego w Polsce. Powinna być ona przeprowadzona wraz z kontrolą jakości, wprowadzeniem jednolitych wymogów organizacyjno-merytorycznych i sprawiedliwego podziału pieniędzy oraz ujednoczeniem metod leczenia.

Plany ministra i *cancer plan*

21 marca 2014 r. premier i minister zdrowia zaprezentowali plan walki z kolejkami do specjalistów. Składa się on z dwóch pakietów: dla onkologii i po-

zostałych specjalizacji. Oba zawierają wiele zmian dla pielęgniarek, POZ, AOS i szpitali. Wprowadzenie tych pakietów ma w założeniu zwiększyć dostęp do lekarzy i diagnostyki oraz skrócić lub nawet wyeliminować hospitalizacje. Zmiany w onkologii powinny obowiązywać od 2015 r.

Niezależnie od tych inicjatyw administracji rządowej w czerwcu Polskie Towarzystwo Onkologiczne pod kierownictwem prof. Jacka Jassemę przygotowało na wzór państw Europy Zachodniej tzw. *cancer plan*, czyli strategię walki z rakiem w Polsce w latach 2015–2024. W dokumencie przypomniano, że w Polsce rocznie umiera na nowotwory 100 tys. osób, a równocześnie pojawia się 150 tys. nowych rozpoznania. Pod względem przeżycia, od momentu wykrycia choroby nowotworowej nadal Polskę dzieli znaczny dystans od rozwiniętych krajów Europy Zachodniej.

W dokumencie zwrócono szczególną uwagę na potrzebę pilnego zwiększenia kadry specjalistów, intensyfikacji kształcenia przed- i podyplomowego, koordynacji opieki nad chorymi na nowotwory, kształcenia w tym zakresie koordynatorów, zaliczenia Karty Zgłoszenia Choroby Nowotworowej do dokumentacji medycznej, a nie jak dotychczas do statystycznej, i przede wszystkim wprowadzenia nowej jakości pracy w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Autorzy polskiego *cancer planu* sygnalizowali także konieczność pilnej reorientacji dotychczasowej, kosztochłonnej szpitalnocentrycznej organizacji opieki zdrowotnej. Podawane w dokumencie przykłady Anglii, Francji i Australii, gdzie 99 proc. zabiegów z zakresu radioterapii i 95 proc. z chemioterapii wykonuje się w warunkach ambulatoryjnych (przy ewentualnym wsparciu zaplecza hotelowego), jaskrawo odbiegają od polskiej rzeczywistości. Podkreślano też zależność tak ważnej dostępności świadczeń od triady: właściwa alokacja infrastruktury, odpowiednia kadra i adekwatne do potrzeb finansowanie. W końcu akcentowano pilną potrzebę powołania instytucjonalnego Centrum Koordynacji Walki z Rakiem.

Z niezrozumiałych względów rozpoczęte w Ministerstwie Zdrowia prace nad pakietem onkologicznym nie nawiązywały bezpośrednio do *cancer planu* i były prowadzone niejako równoległe z onkologami działającymi w PTO.

Błąd nadmiernego uprzywilejowania

Redaktor Katarzyna Wróblewska w artykule zamieszczonym w lipcowej „Rzeczpospolitej” pod tytułem: „Co nagle, to po diable, czyli pakiet onkologiczny i kolejkowy z błędami” sygnalizowała, że zdaniem Biura Analiz Sejmowych (BAS) przepisy w ustawach tzw. pakietu kolejkowego zawierają błędy. Jednym z nich jest uprzywilejowanie pacjentów onkologicznych kosztem pozostałych. Zdaniem ekspertów sejmowych

„żadne konstytucyjne racje nie przemawiają za tym, by mieli oni szczególne uprawnienia”. Jak pisze Wróblewska: „Zdaniem BAS na systemie nagradzania i karania lekarzy rodzinnych (za wskaźnik wykrywalności nowotworów) tracą pozostali pacjenci. Najwięcej emocji budzą dodatkowe szkolenia dla tych lekarzy, którzy wystawią karty pacjenta onkologicznego zdrowym pacjentom”.

W tym samym czasie zwrócono uwagę, że plan finansowy NFZ na 2015 r. nie uwzględnia pakietu kolejkowego. Ponadto na 2015 r. fundusz obniżył mniej więcej o 38 proc. wycenę świadczeń onkologicznych, głównie dotyczących kompleksowej terapii w wypadku raka sutka. Profesor Sergiusz Nawrocki podczas konferencji podkreślał, że „potrzeba wprowadzenia pilnych zmian w polskiej onkologicznej opiece zdrowotnej jest nagląca”. Profesor wskazał, że w Polsce:

- przeciętny czas oczekiwania od pierwszej wizyty pacjenta do rozpoczęcia leczenia wynosi 87 dni,
- czas oczekiwania na diagnostykę wynosi 45 dni,
- czas oczekiwania od diagnozy do rozpoczęcia leczenia wynosi 36 dni,
- prywatnie diagnozuje się ok. 22 proc. pacjentów.

Przytaczane dane nie satysfakcjonowały nikogo z uczestników konferencji.

Co dzisiaj?

W końcu listopada prezydent RP podpisał trzy ustawy tworzące tzw. pakiet kolejkowy i onkologiczny. Główne założenia tych przepisów to poprawa dostępu do specjalistów dla wszystkich pacjentów i uprzywilejowanie chorych onkologicznych. Większość przepisów przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia ma zacząć obowiązywać od początku 2015 r. pod warunkiem przygotowania do nich rozporządzeń wykonawczych. Przepisy przede wszystkim mają znieść limity w onkologii i dostępie do specjalistów dla wszystkich pacjentów. Wprowadzona karta pacjenta onkologicznego ma być przepustką do szybkiej diagnostyki i leczenia.

Pakiet zmian dotyczy trzech ustaw:

- 1) rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw,
- 2) rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarzy i położnej oraz niektórych innych ustaw,
- 3) rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia.

W onkologii większą rolę będą odgrywać POZ i AOS.

W pakiecie kolejkowym zaproponowano zmiany dotyczące NFZ. Ma on pełnić funkcję płatnika, a nie kreatora polityki zdrowotnej. Zostaną wprowadzone regionalne i ogólnokrajowe mapy potrzeb zdrowotnych. Pacjenci będą leczeni głównie w trybie ambulatoryjnym, w szpitalu mają przebywać tylko ci, którzy



© Peter Holt/illustration Works/Corbis

„Z niezrozumiałych względów prace nad pakietem onkologicznym rozpoczęte w Ministerstwie Zdrowia nie nawiązywały bezpośrednio do cancer planu”

tej hospitalizacji wymagają. Więcej obowiązków będą miały pielęgniarki, które zaczną wypisywać recepty na niektóre leki. Wycena świadczeń zostanie przeniesiona z NFZ do AOTM.

Co na to lekarze

Zarząd Krajowy OZZL wydał stanowisko w sprawie projektu ustawy dotyczącego tzw. pakietu kolejkowo-onkologicznego. Doktor Bukiel w imieniu zarządu pozytywnie ocenił wyłącznie zniesienie limitowania

świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, co zapisano w proponowanym (dodatkowym, nieistniejącym dotychczas) art. 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Także idea, by pacjent z podejrzeniem choroby nowotworowej otrzymywał kartę (onkologiczną), która otwiera drzwi do bezkolejkowej diagnostyki i leczenia, wydaje się słuszna, jednak jej wdrożenie może się okazać trudne. Jest bowiem prawdopodobne, że będzie ona wydawana nadmiernie często, gdyż pacjenci (a w ślad za nimi lekarze) będą korzystać z każdego sposobu, by szybciej uzyskać badanie. Autorzy stanowiska stwierdzają: „Z drugiej strony – gdyby chcieć wprowadzić ograniczenia w wydawaniu takich kart lub restrykcje dla lekarzy za nieuzasadnione wystawienie karty – mogłoby to dać efekt odwrotny do zamierzonego, czyli obawę lekarza przed postawieniem podejrzenia choroby nowotworowej i wdrożeniem szybkiej diagnostyki”. Jedynym rozsądnym wyjściem, zdaniem OZZL, jest likwidacja limitowania świadczeń zdrowotnych i kolejek do diagnostyki oraz leczenia – w ogóle.

Lekarze rodzinni natomiast nie wiedzą do tej pory, jakie będą zasady finansowania ani pula dodatkowych funduszy na realizację pakietu. Generalnie podchodzą do propozycji resortu z dużą rezerwą (czemu nie można się dziwić). Protest w sprawie propozycji „pakietowych” Ministerstwa Zdrowia zgłosiła też Naczelna Rada Lekarska i Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Konkluzja

Ten smutny obraz sytuacji w opiece zdrowotnej (zarysowany dramatycznie przez Macieja Biardzkiego) wymaga choćby próby podsumowania.

Po raz kolejny widać z całą jaskrawością, że jakiegokolwiek próby cząstkowego rozwiązywania pojedynczych problemów opieki zdrowotnej są bezowocne i mijają się z celem. Jedynym właściwym wyjściem (o czym próbowaliśmy przekonać w artykule zamieszczonym w 7 tegorocznym numerze „Menedżera Zdrowia” pt. „Ewolucja czy rewolucja”) jest pilna, kompleksowa reforma opieki zdrowotnej, poczynając od podstawowej, a na stacjonarnej i pielęgnacyjno-opiekuńczej kończąc. Potrzeba ta (którą podkreślał podczas październikowej konferencji Rynku Zdrowia również minister Wojciech Maksymowicz, autor reformy ochrony zdrowia w rządzie Jerzego Buzka) nie została nawet zasygnalizowana w dokumencie Ministerstwa Zdrowia „Policy Paper” z września 2013 r.

Stosowanie doraźnych plastrów na ranę, jaką jest nasz system opieki zdrowotnej, to tylko strata czasu i marnotrawstwo pieniędzy. Przy tej okazji chciałbym z całą mocą podkreślić, że nasz system, mimo niedoboru funduszy (a może właśnie dlatego) jest jednym z najbardziej marnotrawnych w Europie.

Maciej Murkowski
Autor jest nauczycielem akademickim
Wyższej Szkoły Menedżerskiej w Warszawie.

wydawca **32** CZASOPISM medycznych

10 czasopism posiada punkty
IMPACT FACTOR

ELEKTRONICZNA BAZA artykułów
publikacja około **30**
KSIĄŻEK ROCZNIE

sieć **WSPÓŁPRACY ZAGRANICZNEJ**
E-BOOKI

WYDAWNICTWO TERMEDIA
ul. Kleeberga 2
61-615 Poznań
tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl
www.termedia.pl

termedia
WYDAWNICTWO

