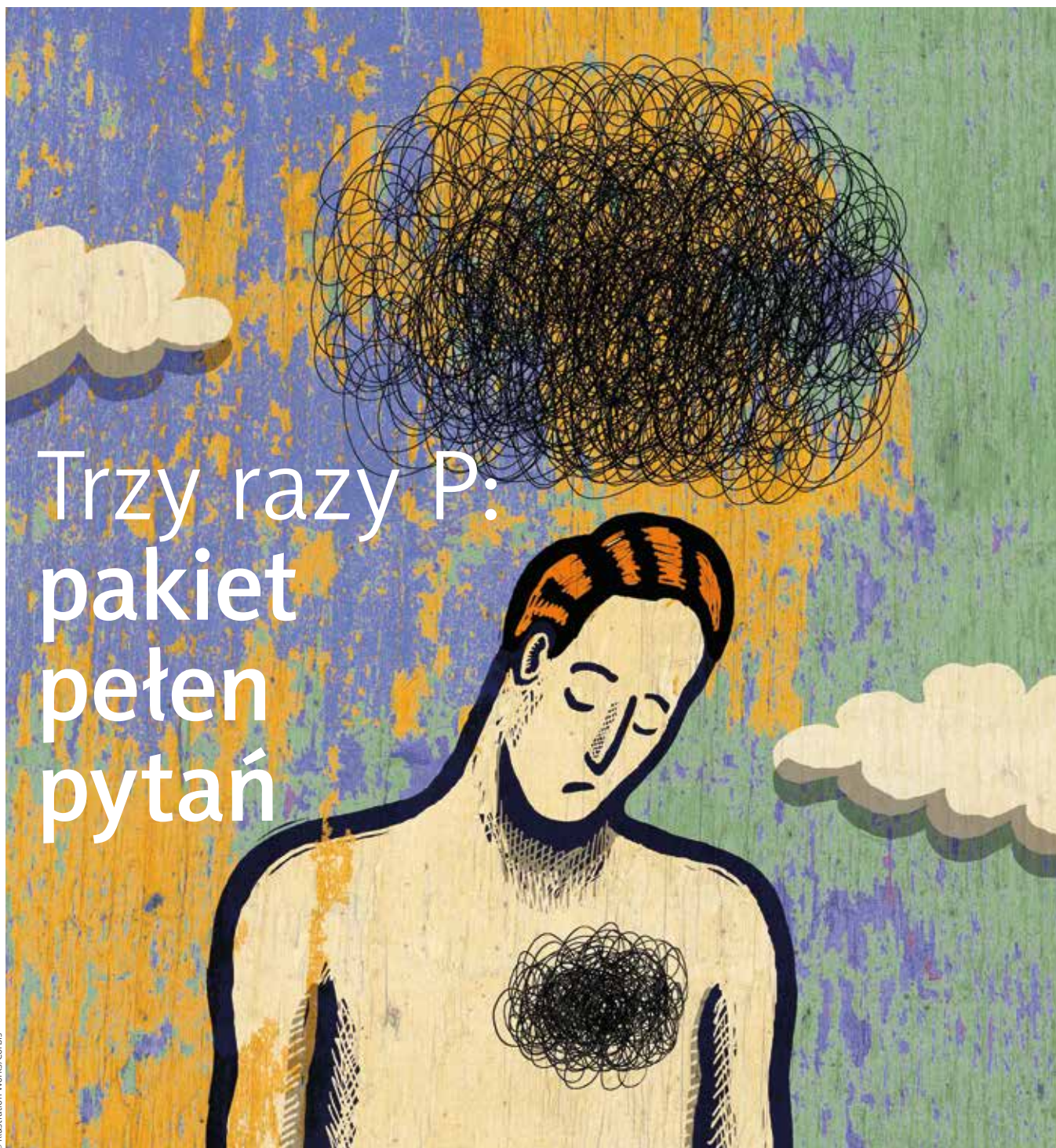


Pakiet jest pełen dziur. Na swój użytek mogą je wykorzystać pacjenci. Niestety, nie tylko oni



Trzy razy P: pakiet pełen pytań

Z punktu widzenia prawnego mamy pakiet regulacji dotyczących realizacji koncepcji usprawnienia diagnostyki i leczenia onkologicznego w Polsce – uchwalone zmiany ustaw, wdrożone rozporządzenia i opublikowane zarządzenia prezesa NFZ. Wszystko powinno być jasne. Niestety, nie jest.

Dobre prawo to oczywisty, jednoznaczny przekaz w sprawie norm postępowania. Powinno jasno określać uprawnienia i obowiązki, nie rodząc pytań, nie mając dziur i nie budząc wątpliwości. Ale pakiet onkologiczny uchwalany był w pośpiechu, są w nim niedoróbki. Co może wykorzystać dla siebie pacjent, a co płatnik?

Leczenie podstawowe vs. skojarzone

Najważniejszą kwestią w kontekście rozdzielania pieniędzy w umowie na leczenie szpitalne – oddziały, jest odpowiedź na pytanie, kiedy świadczenia na rzecz pacjenta onkologicznego wykonywane są w trybie zakresu podstawowego umowy (hospitalizacja), a kiedy zaliczamy je do zakresu skojarzonego (pakiet onkologiczny). Nie jest jasne, w jaki sposób należy rozliczyć leczenie chorego, dla którego najlepszą opisaną w standardach postępowania terapią jest radykalne wycięcie zmiany (która dopiero po zabiegu jest poddawana badaniu histopatologicznemu w celu określenia jej charakteru). Takie same wątpliwości pojawiają się, gdy konieczne jest przeprowadzenie diagnostyki w warunkach szpitalnych z uwagi na interwencyjność zabiegów (np. torakochirurgia czy urologia) lub długość diagnostyki (np. ciągle badania wykonywane przez całą dobę). Mówimy tutaj przede wszystkim o zabiegach diagnostycznych możliwych do przeprowadzenia wyłącznie w warunkach szpitalnych (np. pacjenci z guzami płuca i opłucnej, wymagający odpowiednio torakotomii, wideoskopii – VATS, EBUS, mediastinotomii, mediastinoskopii, biopsji transtorakalnej lub bronchofibroskopii). Co ważne, bez ich wykonania nie ma możliwości zamknięcia etapu diagnostyki wstępnej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (KDiLO).

Pytań więcej niż odpowiedzi

Czy w trybie szybkiej ścieżki (pieniędzy wydzielonych na realizację pakietu onkologicznego w leczeniu szpitalnym) możliwe jest przeprowadzenie i rozliczenie hospitalizacji diagnostycznej lub diagnostyczno-leczniczej, o której mowa powyżej? Czy mimo pobytu pacjenta w szpitalu nadal niezależnie mierzony jest czas na wykonanie diagnostyki wstępnej i/lub pogłębionej w AOS, czy też jest on wydłużony o czas pobytu pacjenta na oddziale? Czy jeśli konieczne jest rozliczenie diagnostyki szpitalnej poza pakietem onkologicznym, dopuszczalne będzie przesunięcie pieniędzy z pakietu onkologicznego na zakres podstawowy z powodu niewłaściwego rozdziału funduszy na oba zakresy przez NFZ?

Problemy i pytania rodzą się na każdym etapie. Wiadomo, że diagnostyka, mimo dołożenia wszelkich starań, może być czasem niemiarodajna. Jak postępować, a w szczególności rozliczać pacjenta z zachowaniem terminów określonych w ustawie i zarządzeniach prezesa NFZ, gdy badanie, np. biopsję, należy powtórzyć? Biorąc pod uwagę, że pobrany materiał podlega

„ Czy w wypadku konieczności rozliczenia diagnostyki szpitalnej poza pakietem onkologicznym dopuszczalne będzie przesunięcie funduszy z tego pakietu na zakres podstawowy? ”

obróbce kilka tygodni (badanie histopatologiczne), nie jesteśmy w stanie ustalić rozpoznania.

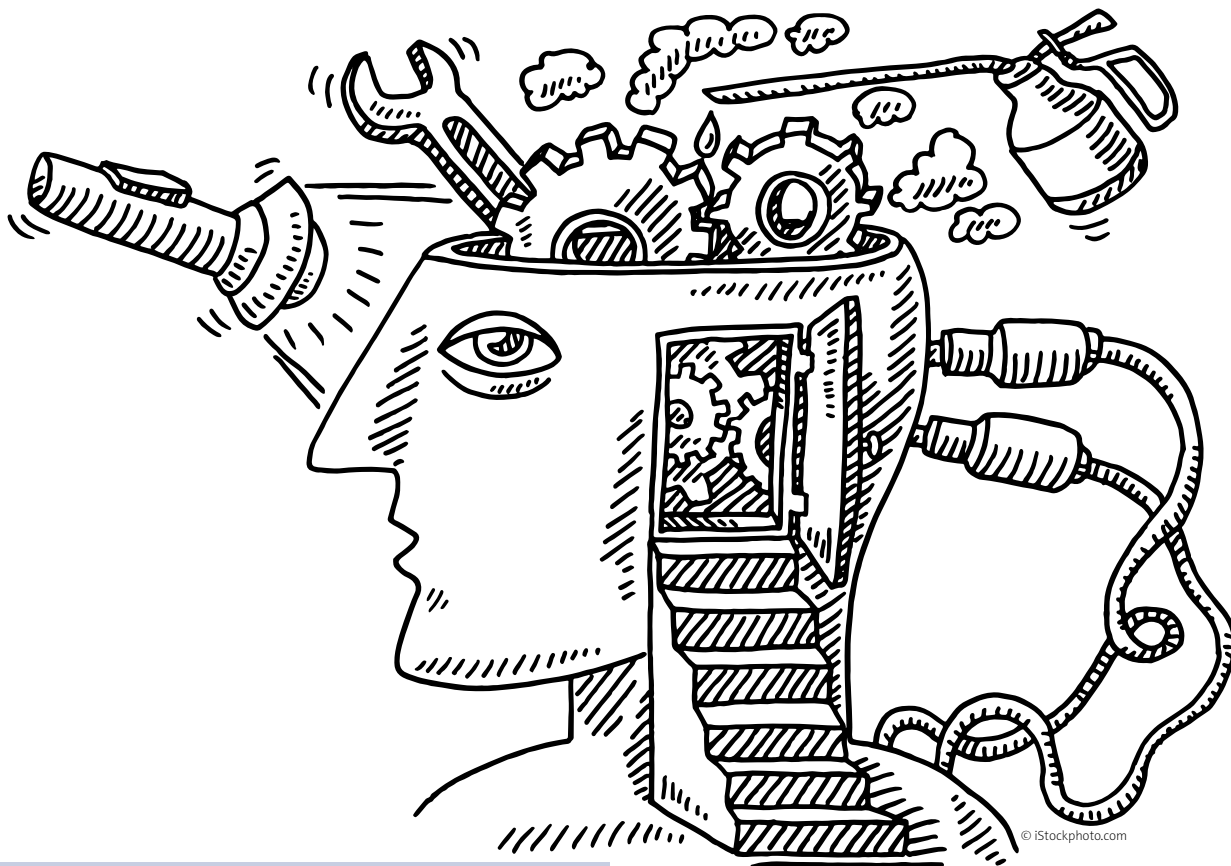
Zanim zbierze się konsylium

Podobny problem z ustaleniem dalszego postępowania pojawia się, gdy zebrany materiał diagnostyczny nie jest dla konsylium wystarczający do podjęcia decyzji o planie leczenia. Trzeba przy tym pamiętać, że o ile chory ma postawioną diagnozę, o tyle z jednej strony ma prawo oczekiwać szybkiego podjęcia leczenia, a z drugiej nie jest ono możliwe bez ustalenia jego przebiegu. Jak to się zatem będzie miało do obowiązku rozpoczęcia leczenia w ciągu 14 dni?

Niejednokrotnie konsylium może uznać, że w danym momencie pacjent wymaga obserwacji. Czy wówczas zamykamy kartę pacjenta onkologicznego? Kwestia obserwacji chorego jest również wątpliwa (w ramach pakietu) po zakończeniu realizacji planu leczenia. Jeśli bowiem zawarta jest w nim ścieżka terapeutyczna i np. kończy się ona chemioterapią, chory najczęściej później wymaga systematycznej obserwacji. Wydaje się, że po zakończeniu leczenia (zrealizowaniu planu określonego przez konsylium) karta pacjenta onkologicznego jest zamykana, a pacjent zostaje skierowany np. do lekarza POZ w celu monitorowania. Czy jednak w wypadku wznowy lekarz ten ponownie wystawia kartę na to samo zachorowanie (przecież zgodnie ze standardem chorego uznajemy za wyleczonego dopiero po 5 latach od zakończenia leczenia)? Kiedy, zgodnie z pakietem onkologicznym, kończy się leczenie onkologiczne? Czy leczenie schorzeń będących następstwem leczenia onkologicznego realizuje się nadal w ramach pakietu? Jeśli tak, będziemy mieli przez lata pacjentów, którym należy zapewnić nie tylko szybki dostęp do świadczeń, lecz także ich bezlimitowe finansowanie.

Pytanie o prawa ozdrowieńców

Już dzisiaj spotykam się z pytaniami lekarzy, czy chorzy, u których rozpoznano chorobę nowotworową przed 1 stycznia 2015 r., a którzy obecnie są poddani



„Niejednokrotnie konsylium może uznać, że w tej chwili pacjent wymaga obserwacji. Czy wówczas zamykamy kartę pacjenta onkologicznego?”

hormonoterapii, powinni być objęci regulacjami pakietu i czy należy im wystawiać karty pacjenta onkologicznego. W zasadzie tak powinno być, wszak jest to leczenie nowotworu.

W ostatecznym zarządzeniu prezesa NFZ specjalnym finansowaniem objęto pacjentów tzw. pierwszorazowych. Przepis wskazuje, że są to chorzy, którzy nie korzystali ze świadczeń w tym zakresie w ciągu poprzedzających 730 dni. O ile jestem w stanie to określić u swoich pacjentów, o tyle nie wiem (przynajmniej nie zawsze wiem), czy nie korzystali ze świadczeń u innych. Jak mam to sprawdzić? Przecież nie zawsze wskazuje na to wywiad, a nie każdy pacjent posiada stosowną, potwierdzającą to dokumentację.

Wątpliwości rodzą się również w związku z pracą wielodyscyplinarnych zespołów (konsyliów). Wprawdzie NFZ przedstawił dodatkowe harmonogramy pra-

cy członków konsyliów, ale nadal nie jest jasne, czy czas posiedzeń będzie odliczany od zasadniczego czasu pracy lekarzy w harmonogramach komórek, w których są wykazani do NFZ. Jeśli tak, to udział w posiedzeniach będzie zmniejszał zasoby do realizacji świadczeń zasadniczych. Do tej pory w wielu ośrodkach odbywały się takie konsylia, a czas poświęcony na uzgodnienia planów leczenia pacjentów nie był w konflikcie z zasadniczą pracą terapeutów.

A skoro już o planach leczenia...

Listy oczekujących

Sporo wątpliwości budzą zapisy dotyczące prowadzenia list oczekujących. Brak nowelizacji rozporządzenia dotyczącego kolejek sprawi, że będziemy mieli spore zamieszanie. Z jednej strony regułą jest, że świadczenia są udzielane zgodnie z kolejnością zgłaszania się pacjentów. Z drugiej zaś mamy obowiązek udzielenia świadczenia (w wypadku pacjenta z kartą) w ciągu 14 dni od daty zapisania na listę. Może się zatem zdarzyć, że chorzy będą uzyskiwali świadczenie w innej kolejności, niż zostali zapisani na listę, aby zachować czas oczekiwania. Będzie to wynikać z różnego czasu uzyskania wyników badań.

Trzeba też zauważyć, że obecnie u świadczeniodawcy jest prowadzona lista oczekujących, na której znajduje się wiele osób z rozpoznaniem choroby nowotwo-

rowej. Tyle że nie mają one wystawionej karty pacjenta onkologicznego. Ich czas oczekiwania będzie się wydłużał o ten, w którym zostaną obsłużeni chorzy pojawiający się z kartą. U świadczeniodawcy tworzą się zatem dwie kolejki, przy czym jedna z nich (onkologiczna) już z założenia mniej liczy się z zasadą kolejności zgłoszeń, bowiem ma wymuszony termin 14 dni. W tej sytuacji oczekujący na świadczenia to:

- chorzy bez karty pacjenta onkologicznego (może nawet z chorobą nowotworową),
- chorzy z kartą pacjenta onkologicznego (ci z podejrzeniem i ci zdiagnozowani przed 1 stycznia 2015 r.),
- chorzy z planem leczenia, czyli kontynuujący leczenie (często od lat), niewymagający skierowania i mający ściśle określone terminy.

Do tego należy dodać pacjentów z nagłymi zachorowaniami. Wszyscy oni mają uzyskać świadczenia z tych samych zasobów. Chory oczekujący np. na rezonans magnetyczny czy zabieg chirurgiczny, w zależności od rodzaju dokumentu, jakim się może wylegitymować (karta, skierowanie, historia choroby z planem leczenia), albo otrzyma pomoc wcześniej, albo nie.

Mogę zatem postawić tezę, że nie stan kliniczny, nie rodzaj schorzenia, ale miejsce w systemie, regulowane przepisami, będzie decydować o tym, jak szybko pacjent otrzyma leczenie. Nie oceniam słuszności takiego stanu rzeczy, a jedynie wskazuję na niesłychaną wagę karty pacjenta onkologicznego. Świadomość tej ogromnej zmiany powinna skłonić do szczególnej troski w samej prawnej konstrukcji tego dokumentu oraz precyzyjnego umieszczenia go w całości systemu. Precyzyjnego i niebudzącego wątpliwości.

Obecnie karta pacjenta onkologicznego rodzi wiele pytań. Brak ostatecznej wersji elektronicznej (w systemie teleinformatycznym) oraz niejasny sposób wypełniania karty i dostępności potęguje wątpliwości.

Jeśli bowiem karta ma być zakresem informacji dostępnych dla wszystkich terapeutów udzielających świadczeń w jej zakresie, to niezbędna jest nie tylko powszechna dostępność jej treści, lecz także możliwość uzupełniania i zmiany jej zapisów. Ileż to razy się zdarza, że plan leczenia (ustalony podczas konsylium) wymaga zmodyfikowania albo nawet diametralnej zmiany. Jak tego dokonać, jeszcze nie wiemy. Jeśli jest to dokument stanowiący podstawę do określenia uprawnień pacjenta do szczególnego sposobu finansowania świadczeń, to w dniu, kiedy piszę ten artykuł (20 grudnia), karta powinna w pełni działać, a jej funkcjonalność winna być sprawdzona i przedyskutowana z terapeutami. Jest to bowiem przede wszystkim narzędzie dla nich.

Klucz

Karta to również klucz do uprawnienia świadczeniodawcy do rozliczenia świadczeń. Wiele pytań dotyczy zatem możliwości sprawozdania do NFZ. O ile pakiet

ogólnie obejmuje leczenie, o tyle niektóre procedury objęte są odrębnymi regulacjami, co budzi wątpliwość co do bezlimitowego ich finansowania. Należą do nich np. świadczenia z katalogu świadczeń odrębnych (załącznik 1b), a w tym np. implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją czy rozliczenie za zgodą płatnika lub hospitalizacja do teleradioterapii powyżej 17. roku życia.

Jak mają się zapisy dotyczące finansowania świadczeń w ramach pakietu onkologicznego usług z katalogu do sumowania (załącznik 1c), jak np. przetoczenia produktów krwiopochodnych?

„Może się zdarzyć, że chorzy będą uzyskiwali świadczenie w innej kolejności, niż zostali zapisani na listę, by zachować czas oczekiwania. Będzie to wynikać z różnego czasu uzyskania wyników badań”

Czy w wypadku uogólnionego leczenia nowotworów można sumować pobyt rozliczony w ramach JGP (mamy tu nowe świadczenie JGP) z procedurą radioterapii?

Jak rozliczać punktację w systemie degresywnym w wypadku leczenia skojarzonego (chemioterapia i radioterapia), gdzie część pobytu jest rozliczana z osobodni do radioterapii, a część z osobodni do chemioterapii?

Czy programy lekowe są częścią pakietu onkologicznego i będą świadczeniami Nielimitowanymi w całości (substancja czynna i świadczenie)?

Pytania mogą mnożyć. Otrzymujemy ich dziesiątki dziennie, a większość listów od świadczeniodawców rozpoczyna się od słów: „poniższe pytania zadaliśmy oddziałowi naszego NFZ i nie uzyskaliśmy odpowiedzi”. Niejednokrotnie oddziały NFZ piszą, że oczekują na udzielenie instrukcji z centrali. Świadczeniodawcy czytają przepisy, mnożą pytania, NFZ pyta centralę, czas płynie, a czas w pakiecie jest przecież elementem kluczowym. Co prawda dla pacjentów, ale czas świadczeniodawcy jest czasem chorych.

Tak oto mamy wszystko na „p”. Pakiet pełen pytań, pewnie płatnik płodzi podpowiedzi.

Rafał Janiszewski
Autor jest ekspertem ochrony zdrowia,
właścicielem Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski.