

Pacjenci onkologiczni: zachodnie doświadczenia



Europa na wojnie z rakiem

Fot. © Todd Davidson/illustration Works/Corbis

Przyjęte niedawno przez Sejm nowelizacje trzech ustaw: o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych, o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz o konsultantach w ochronie zdrowia, mają w zasadniczy sposób, zdaniem Ministerstwa Zdrowia, wpłynąć na zmianę sposobu sprawowania opieki zdrowotnej nad pacjentami onkologicznymi i prowadzenia list oczekujących. Czy wpłyną? Jak z „epidemią raka” radzą sobie inne państwa europejskie?

Większość nowych przepisów przygotowanych przez resort zdrowia ma zacząć obowiązywać od początku 2015 r. Zakładają one m.in.:

- łatwy dostęp do wiarygodnych i aktualnych informacji, które placówki mają najkrótsze terminy oczekiwania na dane świadczenie. Listy oczekujących będą prowadzone elektronicznie i aktualizowane raz w tygodniu. Pacjent sprawdzi na stronie NFZ, gdzie najszybciej przyjmie go specjalista albo uzyska taką informację telefonicznie, dzwoniąc do funduszu;

- możliwość otrzymania recepty na kontynuację farmakoterapii bez osobistej wizyty u lekarza. Każdy lekarz, który zna stan zdrowia pacjenta i dysponuje jego dokumentacją medyczną, będzie mógł kontynuować leczenie, wypisując receptę na lek – bez potrzeby zgłaszania się pacjenta na wizytę. Pacjent nie będzie musiał już czekać w kolejce tylko po to, żeby otrzymać kolejną receptę;

- możliwość odebrania recepty przez osoby upoważnione przez pacjenta;

- łatwiejszy dostęp do większej liczby badań, które będzie mógł zlecić lekarz rodzinny;

- szybszy dostęp do lekarzy specjalistów – dzięki temu, że będzie się można zapisać tylko na jedną listę oczekujących, zniknie zjawisko sztucznego wydłużania kolejek przez osoby, które czekają w kilku (a nawet kilkunastu) miejscach na to samo świadczenie, blokując terminy i nie odwołując wizyt.

Zero innowacyjności

Czy powyższe zmiany można uznać za innowacyjne? Wymienione zadania i cele obowiązywały przecież dotychczas, więc nie stanowią tak wielkiej rewolucji, jaka zdaniem regulatorów systemu zdrowotnego ma nastąpić w sposobie organizacji świadczeń medycznych. Jednym z dodatkowych elementów, dodanych

do dotychczasowych wymogów związanych z listami oczekujących, jest to, że świadczeniodawcy mają co tydzień przekazywać do NFZ informację o pierwszym wolnym terminie, w którym dane świadczenie może zostać udzielone. Będą także zobowiązani do prowadzenia list oczekujących w formie elektronicznej. Po zmianach kolejka będzie budowana z osób oczekujących na pierwszą wizytę – premiovani będą ci specjaliści, którzy po szybkiej diagnozie i ustawieniu leczenia przekażą pacjenta pod opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Minister zdrowia wskaże te specjalizacje, do których czeka się najdłużej – tam listy oczekujących będą prowadzone centralnie. Skróceniu kolejek ma służyć także wprowadzenie dla pacjentów obowiązku dostarczenia oryginału skierowania do specjalisty w ciągu dwóch tygodni od wpisania się na listę oczekujących na wizytę. Mają zostać wprowadzone skierowania do okulistów i dermatologów.

Zyski

Spójrzmy zatem, co zyskają pacjenci onkologiczni w efekcie wprowadzonych zmian ustawowych:

- zniesienie limitów w leczeniu onkologicznym – szpitale i przychodnie nie będą odsyłały pacjentów z powodu przekroczenia limitu umowy z NFZ;
- specjalną szybką ścieżkę diagnostyczną i terapeutyczną dla osób z podejrzeniem nowotworu,
- kartę onkologiczną – dokument będący własnością pacjenta i zawierający wszystkie informacje o jego leczeniu. Chory z kartą będzie traktowany priorytetowo przez placówki medyczne. Po zakończeniu leczenia karta zostanie przekazana pacjentowi, co umożliwi lekarzowi POZ (rodzinnemu) dostęp do pełnej informacji na temat leczenia i stanu zdrowia pacjenta, a także stosowanie zaleceń zapisanych w karcie przez lekarzy specjalistów. Pacjent będzie miał też przydzielonego koordynatora leczenia.

Nowelizacja ma spowodować ponadto położenie nacisku na leczenie ambulatoryjne, jednodniowe, które jest najbardziej komfortowe dla pacjenta. Leczenie szpitalne ma być prowadzone tylko wtedy, gdy jest to bezwzględnie konieczne, a nie „korzystne organizacyjnie dla lekarza lub szpitala”.

Zmieni się także funkcja NFZ, który w zamyśle ma odgrywać rolę płatnika, a nie kreatora i inspiratora polityki zdrowotnej. Czy to się powiedzie? W jaki sposób resort chce to osiągnąć? W dużej mierze wiąże się to ze zmianami w sposobie kontraktowania usług medycznych. Umowy NFZ ze szpitalami mają być zawierane na 10 lat, na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną na 5 lat, a z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej bezterminowo. Ta zmiana wydaje się sensowna z punktu widzenia świadczeniodawców, gdyż posiadanie w miarę pewnych przychodów od płatnika w długiej perspektywie pozwala na dokonywanie

inwestycji i planowanie działalności. Z drugiej zaś strony, czy nie doprowadzi to do zbyt dużego marazmu placówek zdrowotnych i zastopowania konkurencji między świadczeniodawcami?

Dalej planuje się także wprowadzenie zmian dotyczących wyceny świadczeń zdrowotnych. Wycena zostanie przeniesiona z NFZ do Agencji Oceny Technologii Medycznych. Ponadto prezesa funduszu będzie powoływał i odwoływał minister zdrowia, a nie premier jak dotychczas. Mają też zostać opracowane mapy zapotrzebowania zdrowotnego dla całego kraju.

„Pakiet onkologiczny i kolejkowy nie stanowią aż tak poważnej rewolucji, jaka zdaniem regulatorów systemu zdrowotnego ma nastąpić”

Jeśli chodzi o pielęgniarki, część z nich od 2016 r. zyska uprawnienia do wypisywania recept na niektóre leki i skierowań na wybrane badania diagnostyczne.

Wzmocniona ma zostać ponadto rola konsultantów krajowych, m.in. poprzez szerszą współpracę z konsultantami wojewódzkimi. Będą oni także zobowiązani do upubliczniania źródeł swoich dochodów.

Krok ku nowoczesnej onkologii

Skupmy jednak uwagę na pacjentach onkologicznych. W Polsce, podobnie jak w całej Europie, wzrasta liczba chorujących na nowotwory. W Polsce również od kilku lat rosną wydatki na chemioterapię i leczenie onkologiczne, jednak liczba pacjentów, u których nowotwór udaje się wyleczyć, jest znacznie mniejsza niż w większości krajów europejskich. Według raportu prof. Nilsa Wilkinga z Instytutu Karolinska w Sztokholmie, przedstawionego podczas konferencji „Dostęp do leczenia onkologicznego w Polsce”, w naszym kraju zarówno wydatki na leczenie onkologiczne w przeliczeniu na obywatela, jak i liczba dostępnych na rynku leków nadal należą do najniższych w Europie. Taka sytuacja jest wynikiem tego, że chorzy na raka czekają po kilka miesięcy w kolejkach do lekarza i na badania diagnostyczne, czego skutkiem jest malejąca szansa na skuteczną terapię, a także utrudniony dostęp do nowoczesnego leczenia farmakologicznego. Zdaniem wielu lekarzy często nie mają oni wyboru i muszą stosować dostępne terapie, a nie leki, które byłyby pożądane w indywidualnych wypadkach.

Z uwagi na dramatyczną sytuację polskich pacjentów onkologicznych Polskie Towarzystwo Onkologiczne



Fot. iStockphoto.com

„W Polsce od kilku lat rosną wydatki na chemioterapię i leczenie onkologiczne, jednak liczba pacjentów, u których nowotwór udaje się wyleczyć, jest znacznie mniejsza niż w większości krajów europejskich”

ne 18 grudnia 2013 r. wystosowało list otwarty do prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, prezesa Rady Ministrów i do ministra zdrowia. List poparty racjonalnymi argumentami wyrażał postulat zmiany zasad i zniesienia limitowania medycznych świadczeń onkologicznych. Postulat ten nawiązywał do rozpoczętych prac nad strategicznym planem dla polskiej onkologii. Polskie Towarzystwo Onkologiczne wskazało, że polityka oszczędności polegająca na ograniczaniu refundacji tzw. nadwykonań powoduje ograniczanie dostępu do leczenia ratującego życie i oprócz skutków medycznych prowadzi paradoksalnie do zwiększenia wydatków systemów opieki zdrowotnej i opieki społecznej, związanych m.in. ze znacznie wyższymi kosztami leczenia zaawansowanych nowotworów. Ostatecznie resort zdrowia odpowiedział na apel i wprowadził drogą wyżej wymienionych zmian tzw. pakiet onkologiczny.

Czekając na zmiany

Czy zmiany zawarte w pakiecie onkologicznym sprawią, że walka z rakiem polskich pacjentów będzie łatwiejsza? Na efekty tych zmian trzeba będzie poczekać, by możliwa była jego racjonalna i obiektywna ocena, ważne jest jednak to, że coś w tej kwestii zostało jednak poczynione.

Na podstawie raportu przygotowanego na zlecenie Fundacji Onkologia 2025 przez Ernst & Young w 2014 r. „Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach” prześledźmy, jak zorganizowany jest system opieki onkologicznej w dwóch europejskich krajach: Norwegii i Francji.

W Norwegii

W Norwegii krajowe wytyczne onkologiczne zawierają m.in. normatywne oceny choroby oraz czas jej leczenia. Skierowanie powinno zostać rozważone w ciągu 5 dni roboczych, ocena winna się rozpocząć w ciągu 10 dni, a leczenie przynajmniej 80 proc. pacjentów ma się rozpocząć w ciągu 20 dni roboczych od skierowania. Ścieżka pacjenta rozpoczyna się od wizyty u lekarza rodzinnego, który albo umawia chorego z prywatnym specjalistą, albo wydaje skierowanie. Pacjenci podejrzewani o zachorowanie na określony typ nowotworu są kierowani do odpowiedniego oddziału specjalistycznego na ocenę zgodnie z krajowymi wytycznymi.

Pacjent zwykle jest oceniany przez interdyscyplinarny zespół przedstawicieli różnych specjalności onkolo-

gicznych, dzięki czemu poprawia się skuteczność podejmowanego leczenia. Norwegowie mają bardzo szeroki dostęp, także w formie elektronicznej, do informacji medycznej, zawierającej dane m.in. na temat 30 wskaźników jakościowych, w tym onkologicznych, pomagających pacjentom dokonać wyboru szpitali. Mają też prawo partycypować w podejmowaniu decyzji dotyczących wyboru leczenia, a ponadto dostęp do informacji o stanie zdrowia i planowanej opiece, ryzyku związanym z leczeniem i efektach ubocznych terapii, a na żądanie mogą także otrzymać darmowo ich kopię oraz krótkie objaśnienia używanych terminów medycznych.

Norwegia posiada odrębne gwarancje dotyczące czasów oczekiwania na realizację usług przez wybrane grupy pacjentów oraz normatywne czasy leczenia onkologicznego, a oprócz tego system indywidualnych gwarantowanych czasów oczekiwania pacjentów. Powyższe wytyczne zostały opracowane po to, aby pomóc lekarzom w określaniu właściwych czasów oczekiwania pacjentów. Jeśli gwarancje te nie zostałyby dotrzymane, pacjent ma prawo do skorzystania na koszt państwa z leczenia w innym kraju. W Norwegii wprowadzono program, którego celem jest zapewnienie, by każda diagnoza nowotworowa wiązała się z zastosowaniem badań biologii molekularnej. Okazuje się, że szybka i kompleksowa diagnostyka nowotworowa jest skuteczna. Wskaźniki pomiaru jakości systemu ochrony zdrowia stosowane przez OECD wskazują na poprawę przeżywalności chorych na raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego dzięki wczesnej diagnostyce, dostępności leków i nowych metod leczenia. Norwegia wyróżnia się przede wszystkim osiągnięciem najlepszych wyników leczenia, zwłaszcza w onkopediatrii. Co ważne, w obszarach, w których wskaźniki efektywności są mniej korzystne, podejmowane są działania naprawcze.

We Francji

Przenieśmy się teraz do Francji i prześledźmy ścieżkę leczenia pacjenta onkologicznego w tym kraju. W Narodowym Planie Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2003–2007 zalecono realizację interdyscyplinarnych medycznych spotkań konsultacyjnych specjalistów, podczas których badają oni sytuację pacjenta i decydują o zastosowaniu określonego leczenia. W skład tego zespołu wchodzi radioterapeuta, chemioterapeuta i chirurg onkologiczny. Pacjent informowany jest o przebiegu spotkania przez lekarza kierującego, który inicjuje ścieżkę opieki. Ważnym aspektem terapii onkologicznej jest prowadzenie elektronicznego folderu komunikacji nowotworowej w ramach osobistej dokumentacji medycznej pacjenta, co ma ułatwić dzielenie się informacjami przez lekarzy.

Bardzo duży nacisk kładzie się na rolę lekarza kierującego leczeniem, ma on określone zarówno obowiązki, jak i odpowiedzialność. Na koniec 2013 r. lekarze ci dysponowali już kompletem opracowanych przez kilka

„W Norwegii pacjent zwykle jest oceniany przez interdyscyplinarny zespół różnych specjalności onkologicznych, dzięki czemu poprawia się skuteczność leczenia”

lat 25 przewodników po ścieżkach pacjentów chorych na 25 najpopularniejszych typów nowotworów.

We Francji nie wprowadzono na razie referencyjności ośrodków onkologicznych. Istnieje natomiast sieć ośrodków świadczących usługi niestandardowe, których zadaniem jest leczenie nowotworów rzadkich. Centra te zapewniają wsparcie w zakresie realizacji skomplikowanych lub rzadkich usług, a także nowotworów zarodkowych i występujących u dzieci, młodzieży i młodych dorosłych.

We Francji stosuje się pewne regulacje motywujące do efektywnego leczenia, np. promowanie zakwaterowania pacjentów w pobliżu miejsca realizacji terapii onkologicznej, gdyż dofinansowanie miejsca zamieszkania jest tańsze niż hospitalizacja, zwiększa się finansowanie działań nastawionych na jakość leczenia, czyli procedury związane z przedstawieniem pacjentowi diagnozy i planu leczenia, interdyscyplinarne medyczne spotkania konsultacyjne specjalistów, spersonalizowana ścieżka terapii, zachęta do uczestnictwa w programach przesiewowych i profilaktycznych.

Jakość

Z przedstawionych powyżej przykładów wynika, że opieka onkologiczna w Norwegii i Francji polega przede wszystkim na zapewnieniu wysokiej jakości leczenia opartego na wystandaryzowanym programie, tzw. ścieżce pacjenta onkologicznego, oraz prowadzeniu leczenia w placówkach dostępnych możliwie najbliżej miejsca zamieszkania chorego bądź też na finansowaniu tzw. pobytów w miejscach prowadzenia terapii leczniczej, co znacznie obniża koszty leczenia.

W obliczu zmian, które zostały wprowadzone ustawowo na rzecz poprawy leczenia pacjentów onkologicznych w Polsce, należy wyrazić głęboką nadzieję, że przyjęta forma organizacji opieki onkologicznej będzie na bieżąco monitorowana i weryfikowana w celu wprowadzania dalszych korekt tego systemu, a wszystko po to, aby walka z rakiem nakierowana była na walkę z chorobą jako taką, a nie z wadliwym systemem opieki zdrowotnej.

Greta Kanownik
Autorka jest doktorantką Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie
i kierownikiem Działu Administracji Medycznej
Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brzesku.