

Magdalena Reshef*

Pakiet onkologiczny – w polskim systemie prawa medycznego (*nowotwór polskiego systemu opieki zdrowotnej*)¹

Od wielu lat publicznie podnoszone są zarzuty, iż obecny system opieki zdrowotnej jest niewydolny i nie zaspokaja potrzeb pacjentów. Mimo apeli wzywających do przeprowadzenia reform tegoż systemu, zdecydowano się jednak zaledwie na nowelizację ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych² (u.ś.o.z.), która system ten miała uzdrowić. W zamierzeniu ustawodawcy doprowadzić miała do poprawy zabezpieczenia i dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej, a w szczególności: 1) poprawy standardu opieki nad pacjentem onkologicznym; 2) poprawy zarządzania listami oczekujących na świadczenia zdrowotne (potocznie: pakiet kolejkowy); 3) poprawy zarządzania procesem zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej; 4) poprawy funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Część regulacji wprowadzających organizacyjne zmiany w systemie opieki zdrowotnej stanowią przepisy, które pacjentowi z podejrzeniem nowotworu złośliwego mają zapewnić, iż zostanie on szybko i sprawnie przeprowadzony przez wszystkie etapy diagnostyki i leczenia onkologicznego. Potocznie określa się je pakietem onkologicznym (zamiennie: szybka terapia onkologiczna).

Celem wprowadzenia pakietu onkologicznego było zapewnienie pacjentom z podejrzeniem nowotworu złośliwego poprawy dostępności do diagnostyki oraz uporządkowanie samego procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Pacjentów onkologicznych należy otoczyć szczególną opieką, gdyż co roku, jak podaje Minister Zdrowia w uzasadnieniu do rządowego projektu ustawy (dalej

* Mgr prawa, lekarz, doktorantka na Wydziale Prawa SWPS Uniwersytet Humanistyczno-społeczny.

¹ Stan prawny 1 lipca 2015 r.

² Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2014, poz. 1138).

Uzasadnienie)³, diagnozuje się około 140 tysięcy nowych przypadków nowotworów złośliwych. Ponad 90 tysięcy osób rocznie umiera z powodu nowotworów złośliwych, co stanowi drugą najczęstszą przyczynę zgonów w Polsce⁴. Nie ulega wątpliwości, że wczesne wykrycie nowotworu złośliwego w możliwie jak najwcześniejszym jego stadium oraz szybkie podjęcie leczenia przekłada się bezpośrednio na przeżywalność pacjentów onkologicznych. Szybką terapię onkologiczną ma umożliwić m.in.: wprowadzenie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego; wyznaczenie koordynatora, nadzorującego proces terapeutyczny; wyznaczenie maksymalnych terminów na realizację poszczególnych etapów leczenia oraz zniesienie limitów na diagnostykę i leczenie nowotworów.

Wprowadzenie przepisów pakietu onkologicznego spowodowało wyłonienie zupełnie nowej kategorii pacjentów w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Tę, odrębną od reszty, kategorię stanowią pacjenci oczekujący na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii (pacjenci onkologiczni). Kwalifikacja do tej nowej kategorii następuje w chwili wystawienia pacjentowi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (szerzej o karcie w dalszej części artykułu). W zamiarze ustawodawcy wyodrębniona kategoria pacjentów onkologicznych ma zostać otoczona szczególną opieką, a jednym z najważniejszych jej przywilejów jest możliwość zapisu na odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia, czyli listę dedykowaną wyłącznie pacjentom oczekującym na diagnostykę lub leczenie onkologiczne (lista onkologiczna). Zgodnie bowiem z dodanym przez nowelizację art. 20 ust. 12 u.ś.o.z. dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego, zwaną diagnostyką onkologiczną, lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu, zwanym leczeniem onkologicznym, świadczeniodawca prowadzi odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Celem wprowadzenia tej odrębnej listy było umożliwienie pacjentom onkologicznym wcześniejszego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w porównaniu z pozostałymi pacjentami (pacjentami nieonkologicznymi).

Nie będzie nadużyciem stwierdzenie, iż długie kolejki pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia są zmorą polskiego systemu służby zdrowia, gdyż liczba świadczeń zakontraktowanych przez NFZ jest znacznie niższa od

³ Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 2502).

⁴ Na marginesie należy dodać, iż w większości krajów europejskich nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów. Wciąż najczęstszą przyczyną zgonów są choroby układu krążenia – z ich powodu umiera co druga osoba w Polsce.

popytu na nie. Do 31 grudnia 2014 r. świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalu oraz w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej były udzielane według kolejności zgłoszeń⁵. W przypadku ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń świadczeniodawca miał obowiązek prowadzenia listy oczekujących w oparciu o kryteria medyczne, które doprecyzowano w akcie wykonawczym, czyli w rozporządzeniu Ministra Zdrowia⁶. Kryteria te, wynikające z aktualnej wiedzy medycznej, opierają się m.in. o stan zdrowia, rokowanie i zagrożenie niepełnosprawnością, a w praktyce przekładają się na kwalifikowanie świadczeniobiorców do jednej z dwóch kategorii medycznych. Pierwsza kategoria obejmuje przypadki pilne, tj. wymagające pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dużą dynamikę zmian chorobowych oraz zagrożenie pogorszeniem stanu zdrowia i druga kategoria – przypadki stabilne, obejmująca wszystkich pozostałych pacjentów. Świadczenioborcę zakwalifikowanego jako „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczenioborcą „stabilnym”. Dodatkowo obie kategorie pacjentów w kolejności udzielenia świadczeń wyprzedza kategoria tzw. stanów nagłych⁷. Są to pacjenci wymagający natychmiastowego udzielenia świadczenia, których na liście oczekujących nie umieszcza się w ogóle, gdyż mają być obsłużeni niezwłocznie.

Obszernej analizie list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w kształcie obowiązującym przed wejściem w życie nowelizacji dokonał D.E. Lach. W oparciu o art. 20–24a ustawy ocenił on listy oczekujących, jako instrument zarządzania dostępem do limitowanych świadczeń, przez

⁵ Art. 20 ust. 1 u.ś.o.z.

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczenioborców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. 2005, nr 200, poz. 1661). Świadczeniodawca powinien posługiwać się następującymi kryteriami medycznymi: art. 1 pkt 1) stan zdrowia świadczeniobiorcy; 2) rokowania co do dalszego przebiegu choroby; 3) choroby współistniejące mające wpływ na chorobę, z powodu którego ma być udzielone świadczenie; 4) zagrożenie wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

⁷ Art. 5 ust. 33 Ustawy definiuje stan nagły jako stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006, nr 191, poz. 1410 z późn. zm.) czyli stan nagłego zagrożenia zdrowotnego – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

pryzmat zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i uznał, że zasada ta nie doznaje uszczerbku. Równocześnie postulował, iż należy zaakceptować listy oczekujących, z całą ich uciążliwością dla pacjentów, jako nieunikniony element systemu opieki zdrowotnej, stanowiący rozwiązanie wynikające ze skąpości środków finansowych pozostających w dyspozycji organizatora systemu⁸. Limity są pochodną starań NFZ o zapewnienie z jednej strony jak najszerszego spektrum świadczeń objętych systemową gwarancją, a z drugiej – wynikają z dbałości NFZ o stabilność finansową systemu. Z pewnością należy podzielić pogląd D.E. Lacha, który uważa, że „w istocie rzeczy instytucja list oczekujących nie ogranicza uprawnień świadczeniobiorców (nie dotyczy bowiem zakresu podmiotowego uprawnień), a jedynie czasowy dostęp do świadczeń, zmuszając do oczekiwania na wolny termin. Z tego punktu widzenia u.ś.o.z. w brzmieniu sprzed nowelizacji zawierała szereg postanowień, które można ocenić jako środki służące realizacji konstytucyjnej zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej”⁹. Zatem choć technicznie dostęp do świadczeń był zróżnicowany, to z prawnego punktu widzenia nie dochodziło do uprzywilejowania lub dyskryminacji określonych grup podmiotów rozumianych jako przyznanie dodatkowych świadczeń lub ograniczenie gwarancji ustawowej.

Natomiast po 1 stycznia 2015 r. obok „zwykłej” listy oczekujących tworzy się odrębną listę onkologiczną¹⁰. Tym razem kryteria, w oparciu o które umieszczają się chorzy na odrębnej liście onkologicznej, zostały sprecyzowane ustawowo¹¹, a są nimi: karta diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz 4 kryteria medyczne, oparte na aktualnej wiedzy medycznej: 1) stan zdrowia świadczeniobiorcy; 2) rokowania co do dalszego przebiegu nowotworu; 3) choroby współistniejące mające wpływ na nowotwór, z powodu którego ma być udzielone świadczenie; 4) zagrożenie wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności. Są to więc kryteria podobne do tych wymienionych w odnośnym rozporządzeniu. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na brak kryterium w postaci kolejności zgłoszenia, które wydaje się być podstawowym przy ustalaniu kolejki oczekujących. Ponadto brakuje informacji o sposobie ustalania priorytetu opartego o ro-

⁸ Przytoczyć należy również wnioski D.E. Lacha wynikające z podjętej przez niego analizy orzecznictwa Sądu Najwyższego, które aprobuje dopuszczalność określania przez NFZ w umowach limitów kwotowych i ilościowych.

⁹ D.E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 272.

¹⁰ Art. 20 ust. 12 u.ś.o.z.

¹¹ Art. 2 ust. 13 u.ś.o.z.

kowanie – czy pierwszeństwo będzie miał pacjent dobrze rokujący, czy wręcz odwrotnie? Co więcej, ocena pozostałych ustawowych kryteriów medycznych też nasuwa wiele wątpliwości. W uwagach zgłoszonych do projektu ustawy podnoszono, że nie zawsze, a raczej rzadko, będzie możliwa ich ocena przed udzieleniem świadczenia, na które pacjent ma w kolejce oczekiwać, co tym samym omawiany przepis czyni praktycznie niewykonalnym.

Obecnie zatem każdy świadczeniodawca zobowiązany jest prowadzić dwie listy oczekujących: onkologiczną i „nieonkologiczną”. W toku konsultacji publicznych wielokrotnie zgłaszano problem braku jakichkolwiek wskazówek, w jakich relacjach w stosunku do siebie mają pozostawać obie te kolejki. Czy przypadek pilny z listy nieonkologicznej oczekujący na to samo łóżko w szpitalu, co chory z listy onkologicznej, ma pierwszeństwo względem niego, czy będzie tuż za nim? W której kolejce będzie oczekiwał pacjent onkologiczny wymagający konsultacji kardiologicznej (ze względu na schorzenia współistniejące) w celu zaplanowania programu leczenia nowotworu? Czy w centrach onkologii pacjent z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego będzie czekał dłużej czy krócej niż pacjent z nawrotem choroby nowotworowej bez wspomnianej karty. Największe jednak obawy związane z prowadzeniem dwóch równoległych kolejek budzi brak jakichkolwiek rozwiązań finansowych, które mogłyby gwarantować, że spriorytetyzowanie kolejki pacjentów onkologicznych nie odbędzie się kosztem „wypierania” pozostałych pacjentów, co w efekcie wydłuży ich czas oczekiwania na świadczenie. Niestety Ministerstwo Zdrowia projektując powyższe zmiany w systemie opieki nad chorymi onkologicznie nie zaplanowało żadnej zmiany w wydatkach, co odzwierciedla Ocena Skutków Regulacji¹²: „wydatki na diagnostykę i leczenie onkologiczne zarówno przed, jak i po wejściu projektowanych rozwiązań będą kształtowały się na podobnym poziomie – 6,3 mld zł”, podobnie jak całkowite wydatki na ochronę zdrowia, które muszą zamknąć się w środkach pochodzących z wpływu ze składki na ubezpieczenie zdrowotne pozostające w dyspozycji NFZ. Takie założenie musi rodzić obawy, że niejednakowy (zróżnicowany ze względu na jednostkę chorobową) dostęp do świadczeń to uprzywilejowanie jednych i dyskryminowanie pozostałych pacjentów.

Choć cel przyświecający ustawodawcy w postaci szybszego zdiagnozowania i w efekcie szybszego podjęcia terapii pacjentów onkologicznych na pierwszy rzut oka wydaje się słuszny, to jednak dokonując oceny *stricte* prawnej należy

¹² Ocena Skutków Regulacji sporządzona 23 maja 2014 r. do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 2505).

zgodzić się z T. Sroką, który podnosi wątpliwości dotyczące wprowadzenia odrębnej listy oczekujących dla pacjentów onkologicznych „co do zgodności z konstytucyjną zasadą równości, wynikającą z art. 32 ust. 1 Konstytucji, a w szczególności z zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 2 Konstytucji)”. Sugeruje on, że rozwiązanie takie teoretycznie może naruszać zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹³. Tym bardziej, że nie tylko Konstytucja RP, ale i treść art. 20 ust. 5 u.ś.o.z. obliguje świadczeniobiorców do takiego prowadzenia list oczekujących, które zapewniałoby poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.

Odnosząc się do poglądów przedstawicieli doktryny podkreślić należy ich zgodność, że zasada równości nie ma absolutnego charakteru. Za W. Sadurskim warto powtórzyć, że „równość nie jest synonimem identyczności¹⁴. Uznaje on bowiem postulat, by prawo nie stosowało żadnych form zróżnicowanego traktowania za nierealny, nieuzasadniony i szkodliwy społecznie. Według W. Sadurskiego postulat równości wobec prawa nie domaga się braku jakichkolwiek różnic (różnic podmiotów wskazanych w hipotezie i różnic traktowania wskazanych w dyspozycji normy), lecz żąda, by te różnice były uzasadnione¹⁵. Podobnie L. Garlicki zasadę równości odnosi do nakazu jednakowego traktowania podmiotów i sytuacji podobnych (identycznych), z góry przewidując, że kryje się w niej założenie różnego traktowania podmiotów i sytuacji, które nie mają podobnego (identycznego) charakteru. Miarą podobieństwa podmiotów będzie kryterium w postaci cechy relewantnej (istotnej), której występowanie przesądzać będzie o spełnieniu przesłanki podobieństwa. Optując za dopuszczalnością w pewnych sytuacjach zróżnicowania sytuacji prawnej podmiotów podobnych podkreśla on konieczność uzasadnienia takiego zróżnicowania, które będzie usprawiedliwione. Zatem w ocenie ewentualnej sprzeczności z art. 32 ust. 2 konstytucji RP zasadnicze znaczenie będzie mieć odpowiedź na pytanie, czy zróżnicowanie wprowadzone przez daną ustawę ma charakter uzasadniony¹⁶

¹³ T. Sroka, *Opinia na temat projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2505)*, Warszawa, 7 lipca 2014, opinia zlecona przez Biuro Analiz Sejmowych.

¹⁴ W. Sadurski, *Równość wobec prawa*, „Państwo i Prawo” 1978, z. 8–9, s. 52.

¹⁵ Ibidem, s. 58.

¹⁶ L. Garlicki (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2003, t. III, Rozdział II, s. 7–11.

Ustalenia doktrynalne stanowią zawsze tło dla wypowiedzi orzeczniczych. Wnikliwej analizy orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego poświęconego problematyce rozumienia zasady równości oraz odstępstwom od nakazu równego traktowania podmiotów podobnych dokonał D.E. Lach. Z utrwalonego orzecznictwa wynika, że wszelkie odstępstwa muszą zawsze znajdować podstawę w odpowiednio przekonujących kryteriach. Co do tych kryteriów D.E. Lach sformułował trzy wnioski: „muszą, po pierwsze, mieć charakter relewantny, a więc pozostawać w bezpośrednim związku z celem i zasadniczą treścią przepisów, w których zawarta jest kontrolowana norma, oraz służyć realizacji tego celu i treści, czyli wprowadzane różnicowania muszą mieć charakter racjonalnie uzasadniony. Po drugie, muszą mieć charakter proporcjonalny, a więc waga interesu, któremu ma służyć różnicowanie sytuacji adresatów normy, musi pozostawać w odpowiedniej proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku nierównego potraktowania podmiotów podobnych. Wreszcie, po trzecie, muszą pozostawać w jakimś związku z innymi wartościami, zasadami czy normami konstytucyjnymi, uzasadniającymi odmienne traktowanie podmiotów podobnych”¹⁷. Taką konstytucyjną normą w kontekście uzasadniającym ewentualne usprawiedliwione różnicowanie sytuacji prawnej, która musi być rozpatrywana w ścisłym związku z zasadą równości prawnej jest z pewnością zasada sprawiedliwości społecznej¹⁸.

Podkreślić należy, że jeszcze przed nowelizacją u.ś.o.z. stawiała pewne grupy pacjentów w uprzywilejowanej pozycji w zakresie dostępu do świadczeń, przyznając im na przykład uprawnienie do korzystania ze świadczeń poza kolejnością. W myśl art. 47c. u.ś.o.z. pacjenci posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach. Także wymienieni w art. 24a–24c u.ś.o.z. uprawnieni żołnierze lub pracownicy oraz weterani poszkodowani w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością. Wypada więc w tym miejscu odwołać się do uzasadnienia dla wyodrębnienia z systemu kategorii pacjentów onkologicznych, które znalazło się w rządowym projekcie ustawy: „jest to grupa, która ze względu na rodzaj schorzenia powinna być otoczona szczególną troską”. Takie uzasadnienie zasługuje wyłącznie na miano

¹⁷ D.E. Lach, op.cit., s. 64.

¹⁸ Art. 2 Konstytucji RP.

lakonicznego i raczej trudno będzie je uznać za wystarczające. T. Sroka postuluje, by koniecznie dokładnie wskazać, „jakie uzasadnione konstytucyjnie racje przemawiają za szczególnymi uprawnieniami w dostępie do diagnostyki i leczenia osób cierpiących na nowotwór złośliwy (lub u których się taki nowotwór podejrzewa), wykraczającymi poza obecne regulacje prawne, które to jednak racje nie uzasadniają jednocześnie takiego samego uprzywilejowania na przykład pacjentów cierpiących na którąś z kardiomiopatii”¹⁹. Podobnie G. Ciura uznaje za kontrowersyjny i wymagający głębszego uzasadnienia pomysł odrębnego od innych chorób traktowania chorób nowotworowych. Jego zdaniem niestety w uzasadnieniu do projektu ustawy brak jest argumentów udowodniających dopuszczalność zawartych w projekcie preferencji dla pacjentów onkologicznych ze względu na taką odrębną specyfikę tej grupy, że musi być traktowana wyjątkowo²⁰.

Do wejścia na tzw. szybką terapię onkologiczną, obejmującą udzielanie bez skierowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, na które pacjent oczekuje w odrębnej kolejce onkologicznej, uprawnia świadczeniobiorców karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej karta DiLO). Do otrzymania tej karty jest uprawniony pacjent, u którego lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych stwierdził nowotwór złośliwy, bądź nowotwór złośliwy stwierdzono w wyniku diagnostyki onkologicznej, a także wówczas, gdy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej podejrzewa u niego występowanie nowotworu złośliwego. Kartę otrzymuje również pacjent w przypadku nawrotu choroby od lekarza, który nawrót choroby stwierdził. Ustawodawca w art. 32a ust. 3 u.ś.o.z. wyłączył nowotwory złośliwe skóry, z wyjątkiem czerniaka, bez podania przyczyn takiego wyłączenia. Każda karta DiLO zaopatrzona jest w unikalny numer identyfikacyjny, który nadawany jest automatycznie za pośrednictwem aplikacji udostępnionej przez NFZ i składa się z kilku sekcji, odpowiadających kolejno etapom, tj.: diagnostyki podstawowej, którą przeprowadza się w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, diagnostyki wstępnej oraz diagnostyki pogłębionej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, diagnostyki przeprowadzonej w ramach leczenia szpitalnego, planu leczenia ustalonego przez konsylium oraz jego realizacji. Zarówno w przypadku braku potwierdzenia występowania nowotworu złośliwego, jak i po zakończeniu zaplanowanego le-

¹⁹ T. Sroka, op.cit.

²⁰ G. Ciura, *Opinia merytoryczna do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*, Biuro Analiz Sejmowych, 7 lipca 2014 r. (druk sejmowy nr 2505).

czenia onkologicznego, karta DiLO zostaje zwrócona do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz POZ), który dołącza ją do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

Samo założenie przyświecające wprowadzeniu karty DiLO²¹, jako dokumentu, który zbiorczo obejmuje wszystkie informacje o rozpoznaniu, planie leczenia i jego realizacji, zasługuje na pozytywną ocenę. Zaletą karty jest to, że w jednym dokumencie zawierać się mają wyniki wszystkich etapów diagnostyki oraz zaplanowanego i przeprowadzonego leczenia. W praktyce może to zapobiec choćby powtarzaniu tych samych badań zleczanych na różnych etapach diagnostyki, gdyż załącznikiem do karty DiLO jest kopia dokumentacji medycznej (np. wyników badań) przeprowadzonej diagnostyki i leczenia²². Jednakże wadą okazało się zbytne rozbudowanie karty DiLO, której rygorystyczne wypełnienie zabiera lekarzom cenny czas, nie służąc choremu. W opinii środowiska lekarskiego karta DiLO stała się biurokratycznym balastem służącym jedynie sprawozdawczości dla płatnika. Co więcej, wprowadzenie obowiązku pozostawienia karty u świadczeniodawcy, u którego będą udzielane świadczenia z diagnostyki lub leczenia onkologicznego, ogranicza w pewnym stopniu chorym wolny wybór świadczeniodawcy²³. W Uzasadnieniu do projektu wspomniano, że „diagnostyka onkologiczna nie będzie musiała odbywać się w obrębie jednego podmiotu leczniczego”. Jednakże realizacja tego zamierzenia nie będzie możliwa w praktyce, bo w przypadku konieczności wykonania w tym samym czasie co najmniej dwóch różnych badań diagnostycznych, które chory chciałby wykonać u dwóch różnych świadczeniodawców, będzie zmuszony wykonać je u jednego, gdyż posiada tylko jeden egzemplarz karty. Nie przewidziano również możliwości wydania drugiej karty DiLO pacjentowi, u którego podejrzewa się drugi nowotwór. Dotkliwą wadą karty jest również brak wielu kodów ICD – 10, co uniemożliwia wprowadzenie na ścieżkę szybkiej terapii onkologicznej chorych np. z przewlekłymi nowotworami mieloproliferacyjnymi lub zespołami mielodysplastycznymi, czy nowotworami złośliwymi tkanek miękkich u dorosłych. Na marginesie rozważań o karcie DiLO należy wspomnieć również o prawie pacjenta, zagwarantowanym w ustawie o prawach pacjenta, do zachowania tajemnicy informacji z nim związanych,

²¹ Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz.U. poz. 1751).

²² Art. 32b ust.1 u.ś.o.z.

²³ Art. 29 i art. 30 u.ś.o.z. gwarantują prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych oraz szpitala.

a w szczególności ze stanem jego zdrowia²⁴. W kontekście samej formy karty DiLO – poprzez kilkustronicowy dokument papierowy A-4, który ma niewątpliwie formę wyróżniającą, trudno raczej gwarantować ochronę tajemnicy informacji, choćby podczas obsługi przy okienku rejestracyjnym.

Do wystawienia karty uprawnieni są: lekarze POZ oraz lekarze udzielający świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (lekarze AOS) lub lekarze udzielający świadczeń w ramach leczenia szpitalnego. W art. 32a ust. 1–2 u.ś.o.z. zróżnicowano przesłanki, na jakich opiera się wystawienie karty DiLO, gdyż w przypadku jednych świadczeniodawców wystarczy podejrzenie nowotworu złośliwego, podczas gdy inni muszą go najpierw stwierdzić. W praktyce oznacza to, że lekarz POZ może wystawić kartę DiLO, gdy jedynie podejrzewa występowanie nowotworu złośliwego, podczas gdy lekarz AOS musi najpierw rozpoznać nowotwór złośliwy, a następnie diagnozę swą potwierdzić wynikiem badania histopatologicznego. Jeśli zatem pacjent zgłosi się do lekarza POZ, a ten na podstawie zebranego od pacjenta wywiadu oraz zleconych badań dodatkowych będzie podejrzewał u niego nowotwór złośliwy, to wystawi kartę DiLO i wskaże onkologa lub innego specjalistę ze względu na umiejscowienie nowotworu, u którego pacjent powinien kontynuować proces diagnostyczno-terapeutyczny. Dzięki karcie pacjent będzie oczekiwał na wizyty lekarskie oraz badania poza tzw. zwykłą listą oczekujących, czyli na odrębnej liście dedykowanej pacjentom onkologicznym, czyli krócej niż inne grupy pacjentów. Jeśli jednak pacjent trafi do lekarza AOS, to ten będzie wstępnie diagnozował swego pacjenta poza tzw. szybką terapią onkologiczną, więc na zlecone badania, niezbędne do postawienia diagnozy nowotworu złośliwego, np.: RM, USG, TK, pacjent będzie oczekiwał w zwykłym trybie, a więc znacznie dłużej. I dopiero po potwierdzeniu diagnozy nowotworu złośliwego pacjent ten otrzyma od lekarza AOS kartę DiLO. Możliwym, choć wysoce nieprawidłowym, postępowaniem będzie odsyłanie pacjentów, u których lekarz AOS podejrzewa nowotwór do lekarza POZ, by ten wystawił kartę. Oprócz tego, że w pewnym zakresie takie postępowanie odsuwa w czasie postawienie diagnozy, to ponadto deprecjonuje pozycję lekarza AOS w oczach pacjenta. W Uzasadnieniu do projektu znajduje się uwaga o zwiększeniu roli lekarza POZ w opiece onkologicznej. Czy faktycznie intencją ustawodawcy było, by to zwiększenie roli polegało na odsyłaniu pacjenta przez lekarza specjalistę do lekarza POZ, by mógł on skorzystać z dobrodziejstwa szybkiej terapii onkologicznej. W związku z powyższym stwierdzić należy, iż uprawnienie lekarza

²⁴ Art. 13–14 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009, nr 52, poz. 417).

AOS do wystawiania kart DiLO doznaje ograniczenia w porównaniu z uprawnieniami lekarza POZ. W Uzasadnieniu do projektu nowelizacji u.ś.o.z. nie sposób odnaleźć kryterium zastosowanego przy podziale lekarzy na grupy o różnych uprawnieniach. Za niezrozumiałe i nieuzasadnione należy zatem uznać pozbawienie lekarzy AOS możliwości wystawienia karty DiLO w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego. Z powyższego wynika postulat pilnego zrównania uprawnień lekarzy AOS i uprawnienie ich do wystawiania kart DiLO również w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego.

Stwierdzić należy, że oprócz bezprecedensowego zróżnicowania uprawnień lekarzy, mamy tu do czynienia również ze zróżnicowaniem sytuacji prawnej pacjentów. Bowiem sytuacja pacjentów, którzy trafią z podejrzeniem nowotworu do lekarza POZ i będą korzystać z dostępu do kolejki onkologicznej będzie znacząco lepsza od sytuacji pacjentów diagnozowanych przez lekarzy AOS z powodu braku możliwości skorzystania przez nich z uprzywilejowanych list oczekujących. To całkowicie sprzeczne jest zarówno z zakładanym celem nowelizacji, jakim było przyspieszenie diagnostyki i leczenia onkologicznego, jak i konstytucyjną zasadą równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, gdyż ewidentnie przepis art. 32a ust. 1–2 u.ś.o.ż. wprowadza nierówne traktowanie pacjentów będących w identycznej sytuacji zdrowotnej.

W tym miejscu wypada zwrócić uwagę na kolejne ograniczenie wprowadzone poprzez nowelizację, a zawarte w art. 32a ust. 9 u.ś.o.z., jakim jest uzależnienie uprawnienia lekarza POZ do wydania karty DiLO od posiadanego indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów. Z treści par. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r.²⁵ wynika, iż wskaźnik w uproszczeniu będzie obliczany jako iloraz liczby pacjentów, którym lekarz POZ wydał kartę DiLO, a w wyniku przeprowadzonej diagnostyki postawiono rozpoznanie nowotworu złośliwego do liczby wszystkich pacjentów, którym wydał on kartę DiLO, na podstawie której przeprowadzono diagnostykę i postawiono rozpoznanie. Z art. 32a ust. 10 u.ś.o.z. wynika, że wskaźnik ustala się po raz pierwszy po przekroczeniu przez lekarza POZ liczby 30 wystawionych kart DiLO, na podstawie których wykonano diagnostykę onkologiczną i postawiono rozpoznanie. Ustawodawca równocześnie zobowiązał wojewódzkie oddziały NFZ do ustalania i przesyłania raz w miesiącu każdemu lekarzowi POZ, z którym NFZ zawarł umowę lub świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej, u którego lekarz świadczeń udziela, informacji na ten temat jego indywidualnego wskaźnika. Najistotniejszą konsekwencją wprowadzenia

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów (Dz.U. 2014, poz. 1810).

omawianego wskaźnika jest ustawowe ograniczenie prawa do wystawiania kart DiLO przez tych lekarzy POZ, których indywidualny wskaźnik ustalony przez NFZ będzie niższy od minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów. Ten ostatni został również ustalony przez ministra zdrowia w par. 3 cytowanego wyżej rozporządzenia na 1/15, co oznacza, że lekarz POZ musi trafnie podejrzewać nowotwór złośliwy co najmniej u jednego pacjenta na 15 wystawionych kart. Jeśli bowiem jego indywidualny wskaźnik będzie niższy od minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, to w oparciu o treść art. 32a ust. 12 u.ś.o.z. zostanie on o fakcie nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika poinformowany przez wojewódzki oddział NFZ oraz skierowany na szkolenie w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów, prowadzonego przez podmiot uprawniony do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów²⁶. Ustawodawca zobowiązał wojewódzkie oddziały NFZ do dokonania ustalenia indywidualnego wskaźnika po raz pierwszy po 1 marca 2015 r.

Niezwykłe istotne są skutki, jakie rodzi dla lekarza POZ nieosiągnięcie minimalnego wskaźnika w postaci pozbawienia go możliwości wydawania kart DiLO w okresie od dnia uzyskania informacji z NFZ o nieosiągnięciu minimalnego wskaźnika do dnia przedstawienia w NFZ dokumentu potwierdzającego wywiązanie się z obowiązku ukończenia takiego szkolenia. Ponadto zakaz ten obwarowano sankcją z art. 32a ust. 14 u.ś.o.z. w postaci kary umownej, która może zostać nałożona przez NFZ na lekarza POZ za nieprzestrzeganie przez lekarza zakazu wydawania kart. Można się tylko domyślać, bo w Uzasadnieniu do projektu nigdzie takiej informacji nie zamieszczono, że celem wprowadzenia indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworu złośliwego było wymuszenie na lekarzach POZ pewnej powściągliwości w wydawaniu kart DiLO, czyli zabezpieczenie finansów publicznych zarządzanych przez NFZ przed nadmiernymi wydatkami na diagnostykę i leczenie onkologiczne. Jednakże chroniąc bilans rocznego planu finansowego NFZ, obecnie u.ś.o.z. działa w sposób sprzeczny z zasadniczym celem jej nowelizacji, jakim było ułatwienie pacjentom dostępu do świadczeń w zakresie onkologii właśnie poprzez zniesienie limitów na te świadczenia. Zatem w przypadku, gdy pacjent dotychczas korzystał z lekarza POZ, który w danej chwili nie może wystawić karty DiLO, będzie zmuszony do złożenia nowej deklaracji wyboru do innego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki

²⁶ W Ocenie Skutków Regulacji zawarte jest stwierdzenie, iż założony próg błędu jest wysoki, gdyż w Wielkiej Brytanii wskaźnik skuteczności utrzymuje się na poziomie minimum 1/10 i od rozpoczęcia reformy w 1995 r. nie wystąpiła potrzeba organizowania takich dodatkowych szkoleń.

zdrowotnej²⁷. I choć w każdym przypadku zmiana taka jest trudna, uciążliwa i czasochłonna, to najbardziej ucierpią świadczeniobiorcy z terenów o słabszej dostępności lekarzy POZ. Dokonywanie takiej zmiany tylko w celu uzyskania karty DiLO zasługuje na miano absurdu. Dodatkowo zmiany te wprowadzają nierówność w dostępie pacjentów do karty DiLO, gdyż w ramach systemu będą pracować lekarze POZ, którzy mogą wydawać karty DiLO oraz tacy, którym nie wolno. Wobec powyższego rodzi to podejrzenia naruszenia konstytucyjnej zasady równości i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Zaznaczyć należy, że choć intencją ustawodawcy było ustalenie odnośnych wskaźników w sposób miarodajny i obiektywny²⁸, to brak zagwarantowania merytorycznego udziału samorządu lekarskiego w procedurze ich ustalania musi wywoływać wątpliwości, zwłaszcza, że skutkiem nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika jest *de facto* ograniczenie lekarza POZ w wykonywaniu zawodu. Tym bardziej, że na podstawie art. 17 Konstytucji RP powołano samorząd lekarski celem reprezentowania osób wykonujących zawód lekarza i sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Co więcej, zgodnie z art. 5 ust. 4 ustawy o izbach lekarskich²⁹, wyłącznie w kompetencji izb lekarskich leży ograniczanie lekarzy w wykonywaniu zawodu. Wdrożone odstępstwo od powyższej reguły w postaci wpływu administracyjnie i arbitralnie ustalonego wskaźnika na ocenę kompetencji lekarza, w efekcie przekładające się na utratę możliwości wystawiania kart DiLO, wydaje się sprzeczne z obowiązującym prawem i jawnie dyskryminuje grupę lekarzy POZ dotkniętą sankcjami za nieosiągnięcie minimalnego wskaźnika.

²⁷ Z treści art. 32a ust. 15 wynika jedynie, iż pacjent dokonując zmiany związanej z okolicznościami określonymi w ust. 13 będzie zwolniony z obowiązku wniesienia opłaty, gdyby taka opłata miała być zgodnie z art. 28 ust. 1 naliczona.

²⁸ Art. 32a ust. 18 Ustawy: „Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia: 1) sposób ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, 2) minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów – biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia miarodajnego i obiektywnego charakteru wskaźnika”.

²⁹ Art. 5. Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. 2009, nr 219, poz. 1708 z późn. zm.): Zadaniem samorządu lekarzy jest w szczególności: 1) ustanawianie zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie; 2) sprawowanie pieczy nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza; 3) przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji lekarzy, będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, zamierzających wykonywać zawód lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; 4) zawieszanie i pozbawianie prawa wykonywania zawodu oraz ograniczanie w wykonywaniu zawodu.

Na świadczeniodawcę realizującego leczenie onkologiczne, o którym mowa w art. 32a u.ś.o.z., nałożono obowiązek organizowania wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego planującego i koordynującego proces leczenia (konsylium)³⁰. Wymóg zwołania konsylium lekarskiego dotyczy obligatoryjnie każdego pacjenta i jest poniekąd związany ze specyfiką chorób nowotworowych, wymagających często skójarzonego leczenia. Po pierwsze jednak powoływanie konsylium w każdym przypadku budzi pewne wątpliwości zważywszy, że w wielu dziedzinach onkologii i hematologii obowiązują określone standardy postępowania. Po drugie, nowelizacja u.ś.o.z. narzuciła obowiązkowe uczestnictwo specjalistów z czterech dziedzin medycyny³¹, co uznać należy raczej za przejaw bezdusznej biurokracji, niż troski o losy chorego. Obowiązkowy skład konsylium może prowadzić bowiem do sytuacji, w których o leczeniu pacjenta ma decydować lekarz, który na leczeniu danego typu nowotworu się nie zna, co gorsze stawiając swoją pieczęć dodatkowo przyjmuje na siebie odpowiedzialność za decyzje konsylium. Dodatkowo należy wspomnieć o skali trudności w realizacji owego przepisu, gdyż skompletowanie wymaganych czterech specjalistów może przekraczać możliwości organizacyjne wielu świadczeniodawców, częstokroć nie będzie możliwe codzienne zwoływanie konsylium, co może prowadzić wręcz do opóźnienia rozpoczęcia leczenia. W dodatku można sobie wyobrazić, że obejściem trudności w zebraniu się konsylium będzie

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2014, poz. 1441).

³¹ „§ 4a. 1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, realizujący leczenie onkologiczne, o którym mowa w art. 32a ustawy, oraz na warunkach określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia, powinien spełniać następujące warunki: 1) posiadać procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń zapewniającą: a) wyodrębnienie planującego i koordynującego proces leczenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego składającego się co najmniej z lekarzy specjalistów w dziedzinie: – onkologii i hematologii dziecięcej – w przypadku leczenia dzieci albo hematologii – w przypadku leczenia nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego, albo onkologii klinicznej – w pozostałych przypadkach, – radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej, – chirurgii onkologicznej albo ogólnej, albo w innej dziedzinie zabiegowej odpowiedniej dla danego rodzaju lub umiejscowienia nowotworu (nie dotyczy nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego), w przypadku leczenia dzieci – chirurgii dziecięcej, – rentgenodiagnostyki lub radiologii, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej... 3) zapewniać udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie pacjentów: a) osoby prowadzącej fizjoterapię, b) psychologa lub psychoonkologa”.

„zbieranie pieczętek” specjalistów w tzw. systemie obiegowym, co kompletnie wypacza ideę konsylium. Nowelizując u.ś.o.z. całkowicie pominięto kwestię konieczności ponownego zwoływania konsylium, gdy niezbędna okaże się modyfikacja planu leczenia. Zatem celowe i niezbędne wydaje się wprowadzenie zmian, które uelastyczyłyby tryb działania i skład omawianych konsyliów.

Pewnego rodzaju *novum* jest powołanie do życia funkcji koordynatora³², który po ustaleniu przez konsylium sposobu postępowania terapeutycznego, będzie w szczególności udzielał pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia oraz zajmował się jego koordynacją, w tym zapewnieniem współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem. Idea wydaje się szczytna, zwłaszcza, że do tej pory pacjenci czuli się zupełnie zagubieni w gąszczu systemu opieki zdrowotnej. Jej realizacja z pewnością wymagać będzie od świadczeniodawcy podjęcia dodatkowego wysiłku organizacyjno-kadrowego, choć nie zagwarantowano żadnych dodatkowych środków na ten cel.

Wprowadzenie pakietu onkologicznego miało służyć przede wszystkim zapewnieniu określonych terminów na realizację diagnostyki onkologicznej. Maksymalne terminy zostały ustalone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia³³ i docelowo zapewnia się realizację diagnostyki onkologicznej w terminie nie dłuższym niż 7 tygodni od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia (należy przyjąć, że chodzi o pierwsze ze świadczeń składających się na cały proces diagnostyki onkologicznej). W okresie przejściowym termin ten wynosi maksymalnie 9 tygodni w przypadku wpisania na tę listę w roku kalendarzowym 2015, a w kolejnym tj. 2016 – odpowiednio 8 tygodni. Na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ³⁴ diagnostyka została podzielona na dwa etapy: diagnostykę wstępną oraz pogłębioną. Wstępna diagnostyka onkologiczna to świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego odpowiadającego wstęp-

³² Art. 4a ust. 1 pkt 1 c) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 października 2014 r. (Dz.U. 2014, poz. 1442) zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 października 2014 r. (Dz.U. poz. 1442) zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, art. 6a ust. 4.

³⁴ Zarządzenie nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

nemu rozpoznaniu, wykonywane u świadczeniobiorcy posiadającego kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, mające na celu potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu złośliwego³⁵. Jej realizacja nie powinna przekroczyć 28 dni (w 2015 r. przejściowo 35 dni)³⁶. Z kolei pogłębiona diagnostyka onkologiczna to świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego, wykonywane u świadczeniobiorcy posiadającego kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, u którego potwierdzono rozpoznanie nowotworu złośliwego, mające na celu szczegółowe zróżnicowanie (zgodnie z klasyfikacją kliniczną i patologiczną) w szczególności typu histopatologicznego nowotworu oraz ocenę zaawansowania stanu chorobowego, w zakresie umożliwiającym ustalenie zindywidualizowanego planu leczenia³⁷. Świadczeniodawca wykonujący pogłębioną diagnostykę jest obowiązany do jej wykonania w terminie nie przekraczającym 21 dni (w 2015 i 2016 r. przejściowo 28 dni)³⁸. Jednocześnie świadczeniobiorca, który realizując diagnostykę onkologiczną przekroczy powyższe terminy, poniesie konsekwencje finansowe w postaci obniżenia do 70% poziomu finansowania diagnostyki wykonanej z opóźnieniem względem ceny określonej w umowie³⁹. Zasygnalizować wypada jeszcze problem, którego zdaje się Ministerstwo Zdrowia w ogóle nie dostrzegło, a związany właśnie z niedochowaniem terminów. Nietrudno bowiem wyobrazić sobie sytuację, w której to pacjent podejmując pewne decyzje uniemożliwi świadczeniodawcy wykonanie diagnostyki w określonych terminach. Wydaje się, że w takim wypadku dłużnik, zgodnie z art. 471 KC⁴⁰, nie odpowiada za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania, będące następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

Nowelizacja wprowadziła do u.ś.o.z. art. 33b, który porządkuje kwestie związane z przyznawaniem świadczeniobiorcom świadczeń towarzyszących⁴¹. Umożliwiono pacjentowi, któremu udzielane są świadczenia stosowane w le-

³⁵ Art. 2 ust. 1, pkt 16 zarządzenia Prezesa NFZ nr 799/2014/DSOZ.

³⁶ Art. 15 ust. 11, pkt 1 i ust. 12 zarządzenia Prezesa NFZ nr 799/2014/DSOZ.

³⁷ Art. 2 ust. 1, pkt 17 zarządzenia Prezesa NFZ nr 799/2014/DSOZ.

³⁸ Art. 15 ust. 11, pkt 2 i ust. 13 zarządzenia Prezesa NFZ nr 799/2014/DSOZ.

³⁹ Art. 15 ust. 14 zarządzenia Prezesa NFZ nr 799/2014/DSOZ.

⁴⁰ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. nr 16, poz. 93 z późn. zm.).

⁴¹ Konsekwencją wprowadzenia art. 33b jest zmiana definicji świadczenia towarzyszącego zawarta w art. 5 pkt 38 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

czeniu szpitalnym, zakwaterowanie poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, jeśli złoży taki wniosek pod warunkiem, że pozwala na to jego stan zdrowia. Dodatkowo, również na wniosek pacjenta korzystającego z takiego zakwaterowania, powinien zostać zapewniony przez świadczeniodawcę bezpłatny transport z miejsca tego zakwaterowania do miejsca udzielania świadczeń. Takie zakwaterowanie jest odzwierciedleniem postulatów środowiska pacjentów onkologicznych, które podnosiło, że pacjenci np. w trakcie radioterapii lub chemioterapii są często hospitalizowani nie ze względów medycznych, lecz socjalno-bytowych. Rozwiązanie to ma szansę doprowadzić do podniesienia standardu opieki nad pacjentem onkologicznym.

W celu zapewnienia sprawnej realizacji pakietu onkologicznego dokonano zmiany w art. 136 Ustawy dodając ust. 2, który przewiduje, iż w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego kwotę zobowiązania dostosowywać się będzie do faktycznego zapotrzebowania i wykonania świadczeń przez zmianę umowy. Zamierzonym skutkiem wprowadzonej zmiany miało być finansowanie diagnostyki i leczenia onkologicznego bez limitu, gdyż NFZ zobowiązany jest do pokrycia realnych kosztów, niezależnie od posiadanych zasobów finansowych. W kontekście przyjętego w OSR założenia, że wprowadzenie pakietu onkologicznego nie pociągnie za sobą konieczności zwiększenia finansowania świadczeń onkologicznych, nasuwa się pytanie, jak zostaną przesunięte środki, pozostające w dyspozycji NFZ. Zarządzenia Prezesa NFZ będą mieć zasadniczy wpływ na funkcjonowanie pakietu, przede wszystkim przez ewentualne zmiany wyceny poszczególnych świadczeń lub zmiany katalogu świadczeń zawartych w pakiecie. Zniesienie limitów w zakresie onkologii może okazać się jedynie iluzoryczne.

Wielokrotnie przywoływany w Uzasadnieniu postulat zapewnienia pacjentom onkologicznym kompleksowej opieki na każdym etapie choroby trafia niestety na problemy związane z jego realizacją, gdyż wprowadzając pakiet onkologiczny pominięto niektóre z ozych etapów: żywienie pozajelitowe pacjentów po zabiegach onkologicznych, radioterapię paliatywną, rehabilitację.

Na stronie Ministerstwa Zdrowia w serwisie poświęconym pakietowi onkologicznemu⁴² podawane są bieżące statystyki, które na dzień 22 czerwca 2015 r. wyglądały następująco: wydano 133 660 kart DiLO; wykonano łącznie 16 826

⁴² <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/zapraszamy-do-serwisu-poswieconemu-zmianom-wprowadzanym-przez-ministra-zdrowia>.

diagnostyk wstępnych, wykonano łącznie 29 282 diagnostyk pogłębionych; zwołano 48 447 konsyliów; w terminie wykonano 92,9% diagnostyk wstępnych, 84,6% diagnostyk pogłębionych, 99,5% konsyliów. Brakuje informacji, ile zdiagnozowano nowotworów złośliwych, choć można domniemywać, że tyle, ile zwołano konsyliów, bo warunkiem ich zwołania jest stwierdzenie u pacjenta nowotworu złośliwego. Ponieważ niemożliwe jest porównanie tych danych z analogicznym okresem ubiegłego roku, więc pozostaje oprzeć się na założeniach zawartych w OSR: „aby uwzględnić zjawiska związane z poprawą wykrywalności, dla celów analitycznych przy tworzeniu rozwiązań zawartych w projekcie założono 160 tysięcy nowych przypadków rocznie”. Już na pierwszy rzut oka widać istnienie ogromnych rozbieżności między założeniami i ich realizacją. Domniemywać można, że w pierwszym półroczu 2015 r. w ramach pakietu onkologicznego zdiagnozowano około 50 tysięcy nowych chorych, czy zatem brakujące 30 tysięcy chorych zdiagnozowano poza pakietem? W OSR założono, że wszyscy pacjenci skorzystają ze ścieżki zaczynającej się u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, co oznaczać miało 2 400 000 wizyt⁴³ związanych z wydaniem karty DiLO. Zatem w pierwszym półroczu powinno zostać wystawionych zdecydowanie więcej niż 133 tysiące kart. Niewątpliwie zbadać należy przyczyny, które powstrzymują lekarzy od wystawiania kart DiLO. Powyższe dane jednak twardo potwierdzają, że pakiet onkologiczny wymaga pilnej korekty w wielu obszarach.

Omówiona powyżej nowelizacja u.ś.o.z. z lipca 2014 r. miała na celu m.in. poprawę dostępu do świadczeń w zakresie onkologii, ale niestety sama stała się *nowotworem* tego systemu. Skutki wprowadzenia pakietu onkologicznego widoczne są na kilku poziomach: nierówności uprawnień między lekarzami POZ i lekarzami AOS w związku z różnymi przesłankami do wystawiania kart DiLO; nierówności uprawnień w grupie lekarzy POZ, związanymi z zakazem wystawiania kart DiLO w przypadku nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika wykrywalności nowotworów; nierówności w dostępie pacjentów do szybkiej ścieżki onkologicznej. Jednakże chyba najistotniejszym problemem jest wyodrębnienie po raz pierwszy w systemie opieki zdrowotnej grupy pacjentów z jednym rodzajem schorzenia – nowotworem złośliwym oraz jej uprzywilejowanie poprzez szybką ścieżkę onkologiczną i zniesienie limitów na świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego. Nie wska-

⁴³ Przy uwzględnieniu minimalnego wskaźnika wykrycia nowotworów, który wynosi 1/15 i założeniu wykrycia 160 000 zachorowań na nowotwory złośliwe rocznie, daje po przemnożeniu wynik 2 400 000.

zono jednak obiektywnych, uzasadnionych przesłanek zastosowania takiego rozwiązania. Zwłaszcza, że uprzywilejowanie jednych musi rodzić dyskryminację pozostałych, skoro do systemu nie wprowadzono żadnych dodatkowych środków finansowych, a już wcześniej dostęp do wielu świadczeń był kwotowo lub ilościowo ograniczany przez NFZ. Stąd Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz złożył 16 kwietnia 2015 r. wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności z Konstytucją RP niektórych przepisów wprowadzających pakiet onkologiczny w zakresie dotyczącym wykonywania zawodu lekarza⁴⁴. We wniosku wystąpiono o zbadanie dopuszczalności naruszenia praw zawartych w Konstytucji RP w u.ś.o.z. w zakresie: różnicowania uprawnień lekarzy rodzinnych i lekarzy specjalistów do wydawania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego; zakazu lekarzom POZ wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego wskutek nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów; karania finansowego lekarzy POZ za wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego pomimo nieosiągnięcia wymaganego wskaźnika rozpoznawania nowotworów; pozbawienia samorządu lekarskiego możliwości konsultacji zmian prawnych w ramach konstytucyjnej funkcji reprezentowania przez NRL osób wykonujących zawód zaufania publicznego. Wniosek został złożony po jednogłośnie podjętej decyzji przez NRL na posiedzeniu w dniu 10 kwietnia 2015 r. NRL również jednogłośnie zdecydowała o skierowaniu do Rzecznika Praw Obywatelskich wniosku z prośbą o wystąpienie do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności z ustawą zasadniczą niektórych przepisów wprowadzających pakiet onkologiczny, min. dotyczących sytuacji pacjentów.

Ważny krok dla onkologii niestety okazał się niedopracowany, dlatego NRL wystosowała do lekarzy apel: „przypominając treść artykułu 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, mówiącego, iż mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania zasady dobra chorego jako najwyższej wartości, zwraca się do wszystkich lekarzy, aby nie zważając na trudności rozregulowanego systemu ochrony zdrowia, w tym złych przepisów pakietu onkologicznego, otaczali chorych zgodną z aktualną wiedzą, etyczną opieką, jakiej potrzebują”⁴⁵.

⁴⁴ <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/pakiet-onkologiczny-i-kolejkowy-zaskarzony-naczelna-rada-lekarska-zlozyla-wniosek-do-trybunalu-konstytucyjnego>.

⁴⁵ Apel nr 4/15/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 lutego 2015 r. do lekarzy i lekarzy dentyistów; <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/naczelna-rada-lekarska-apeluje-do-lekarzy>.

Abstract

The oncology package is the common name of set of legal provisions seeking to advance standard care of cancer patient. Due to the fact that cancers are second most frequent cause of deaths in Poland, it was necessary to introduce new regulations which would improve early detection of cancers and ensure fast track therapy. Since the introduction of new provisions in scope of oncology package, in the public system of health care a new category of patients, that is patients waiting for cancer therapy (cancer patients), has emerged. The intention of the legislator was to make diagnosis for patients with suspected malignant tumours more available. Hence, such patients were given an opportunity to be entered onto separate waiting list (list of cancer patients). The key issue was also to set diagnostic and therapy process in order. Thus, a cancer diagnosis and therapy form was introduced and coordinator, who oversees therapy process, was appointed. Other organizational changes in the health care system included in oncology packet cover: determination of maximum period for performance of individual stages of diagnosis and therapy, as well as abolition of limits for funding cancer diagnosis and therapy. The oncology package introduces positive changes, however there are some drawbacks. The most questionable issue is separation of group of oncology patients on the basis of disease type and favouring them, as it may seem, at the expense of other patients.

Keywords: oncology package, fast track cancer therapy, list of cancer patients, diagnosis and therapy form zmiany organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej

Słowa kluczowe: pakiet onkologiczny, szybka terapia onkologiczna, lista onkologiczna, karta diagnostyki i leczenia, organizacyjne w systemie opieki zdrowotnej,