

Spór o przyszłość polskiej onkologii

Trwa debata nad przyszłością polskiej onkologii. Czy konieczna jest centralizacja, czy może lepsze jest rozproszenie ośrodków onkologicznych? Na to pytanie w naszej redakcyjnej sondzie odpowiadają specjaliści zaangażowani w przeprowadzanie zmian.

Omawiamy także ważne wydarzenie związane z tą debatą – powstanie Rady Dyrektorów Publicznych Centrów Onkologii. Jakie ma cele? I wreszcie – zapraszamy do lektury rozmowy z dr. n. med. Zbigniewem Pawłowiczem, szefem rady i dyrektorem Centrum Onkologii w Bydgoszczy, który odpowiada m.in. na pytania dotyczące wspólnych prac szefów ośrodków onkologicznych, omawia także wyniki leczenia w różnych placówkach.

SONDA: CZY KONIECZNA JEST CENTRALIZACJA, CZY MOŻE LEPSZE JEST ROZPROSZENIE OŚRODKÓW ONKOLOGICZNYCH?



Źródło: archiwum prywatne

Prof. dr hab. med. Krzysztof Warzocha, dyrektor Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, dyrektor Instytutu Hematologii i Transplantacji

Sytuacja wymaga zmian. Nie do zaakceptowania jest nierównomierny dostęp i różna jakość skojarzonych (wielodyscyplinarnych) świadczeń diagnostyczno-terapeutycznych oraz niewystarczające bezpieczeństwo chorych leczonych na nowotwory. Na taką sytuację wpływ ma m.in. dowolność postępowania diagnostycznego i leczniczego w onkologii – w tym nieuzasadnione różnice takiego postępowania w przypadku identycznych problemów zdrowotnych. Referencyjność świadczeniodawców w Polsce jest uznaniowa, a nie certyfikowana, a jakość udzielanych w nich świadczeń deklarowana, a nie audytowana. Problemem jest rozproszenie realizacji świadczeń onkologicznych i kadry medycznej poprzez nieprzemysłane inwestycje publiczne i niepubliczne – w oderwaniu od rzeczywistych potrzeb epidemiologicznych i już istniejących świadczeniodawców w danym regionie. Obserwowany jest wzrost liczby niektórych świadczeń i procedur korzystnie wycenianych przez NFZ, co nie ma uzasadnienia epidemiologicznego.

Najważniejszym celem jest zapewnienie poprawy dostępności, jakości, skuteczności oraz bezpieczeństwa skojarzonych świadczeń w ramach ograniczonych środków – w pierwszej kolejności tych najbardziej skutecznych, o najlepszym stosunku kosztu do efektu. Dobry, równy i sprawiedliwy dostęp może być zapewniony nie tyle w drodze tworzenia nowych podmiotów, co w lepszej i bardziej efektywnej współpracy pomiędzy już istniejącymi ośrodkami onkologicznymi i innymi szpitalami, ambulatoryjną opieką specjalistyczną i podstawową opieką zdrowotną – także na zasadach partnerstwa publiczno-prywatnego.

Z mechanizmów i narzędzi regulacyjnych najważniejsze dotyczą zarządzania wartością koszyka gwarantowanego, wyceną i zasadami finansowania oraz rozliczania świadczeń onkologicznych. Poza oczywistą rolę w tym względzie AOTM i Agencji Taryfikacji konieczne będzie zbudowanie systemu zapewnienia jakości, gdyż w onkologii bardzo często poruszamy się na granicy interwencji szkodliwych, pogarszających jakość życia, a nawet skracających życie pacjentów z chorobą nowotworową. W pierwszej kolejności należy zacząć od utworzenia map aktualnych i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii, radioterapii i chirurgii onkologicznej. Należy dążyć do utworzenia zobiektywizowanego i transparentnego systemu referencyjności dla wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o kontrakt onkologiczny w ramach NFZ poprzez zdefiniowanie parametrów certyfikatu kompetencji. Trzeba też zmierzać do

standaryzacji procedur diagnostyczno-leczniczych dla wszystkich nowotworów, z uwzględnieniem typu i zaawansowania, jako obowiązujących u wszystkich świadczeniodawców realizujących kontrakt onkologiczny w ramach NFZ. Konieczne do przeprowadzenia zmiany systemowe to także zapewnienie bezwzględnej konieczności dostępu każdego pacjenta z chorobą nowotworową do wielodyscyplinarnego leczenia sekwencyjnego, tak na etapie jego planowania, jak i realizacji. Bez uzyskania planu leczenia opracowanego przez zespół specjalistów (MDT, *multidisciplinary team*), jednostka nie powinna mieć prawa do realizacji świadczeń onkologicznych ze środków publicznych. Tworzony system powinien być w taki sposób zinstytucjonalizowany, aby w miarę pojawiania się nowych wyzwań i priorytetów pozwolić na płynne zmiany i adaptację systemu w przyszłości. Trzeba w nim zadbać o skuteczną i wydajną drogę odwoławczą. Poprawy wymagają także rozwiązania systemowe zapewniające właściwą koordynację i realizację specjalistycznego kształcenia podyplomowego.

Zasadniczą rolę w proponowanym systemie powinny odgrywać wielospecjalistyczne ośrodki onkologiczne z jednostką koordynującą wymienione działania, a także organy doradcze i opiniodawcze dla ministra zdrowia, NFZ i AOTM. Wydaje się, że powołanie w tym celu Narodowego Instytutu Onkologii i Hematologii oraz Krajowej Rady ds. Onkologii i Hematologii z odpowiednio zdefiniowanymi – w drodze konsensusu środowiskowego – zadaniami i kompetencjami, są dobrymi rozwiązaniami dla budowania sprawnego systemu zapewnienia jakości, a tym samym regulacji rynku świadczeń onkologicznych w Polsce. Szeroka reprezentacja w tych strukturach towarzystw naukowych, takich jak Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK), Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej (PTCHO), Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej (PTRO), Polskie Towarzystwo Onkologiczne (PTO) i Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów (PTHiT) oraz świadczeniodawców, w tym powstałej Rady Dyrektorów Publicznych Wielospecjalistycznych Centrów Onkologii, powinna zapewnić skuteczność podejmowanych działań w tym obszarze.



Prof. dr hab. med. Jacek Jassem, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

źródło: archiwum prywatne

Uważam, że w polskiej onkologii jest zbyt dużo chaosu. Trzeba koniecznie to uporządkować: począwszy od edukacji społeczeństwa, kształcenia studentów medycyny, profilaktyki wtórnej, po sam proces rozpoznawania i leczenia. U nas wszystko jest porozrywane, brak jest ciągłości, a w efekcie – skuteczności. Na przykład duże środki przeznaczają się na badania przesiewowe, ale nie

idą za tym konieczne dalsze badania diagnostyczne. **Polską onkologię charakteryzują działania interwencyjne, a nie planowe. PTO przygotowuje duży strategiczny plan tworzony przez 10 niezależnych zespołów eksperckich. Mamy nadzieję, że to opracowanie okaże się przydatne.**

Oczywiście w żadnym kraju nie ma takiej sytuacji, żeby pacjenci mieli dostęp do wszystkich możliwych terapii. Ale prawdą jest, że w Polsce mogłoby być lepiej. Bo nie dość, że zasoby mamy skromniejsze, to jeszcze są one wykorzystywane nieracjonalnie. Za duży nacisk kładzie się na liczbę łóżek szpitalnych, a wciąż za mały na wykorzystanie najnowszych technologii, osiągnięć medycyny. Tymczasem na świecie stawia się na innowacyjność i ograniczanie leczenia szpitalnego, bo wiele badań i zabiegów można wykonać w trybie ambulatoryjnym. Co więcej, w Polsce za pacjentem nie idzie informacja o stanie jego zdrowia. A wystarczyłoby dobrze działający system informatyczny.

Niezwykle ważne jest również to, by już na samym początku drogi chory otrzymał plan leczenia przygotowany przez wielodyscyplinarne konsylium. W dalszym procesie leczenia **trzeba zapewnić choremu właściwą i fachową opiekę, ale nie zawsze jest do tego potrzebny duży ośrodek. Ważniejsze jest zapewnienie jednolitego, wysokiego standardu we wszystkich jednostkach zajmujących się leczeniem nowotworów.** Nadmierna centralizacja nie jest najlepszym rozwiązaniem.

Co roku notujemy ok. 130 tys. nowych zachorowań i liczba ta stale rośnie. Jest zatem miejsce zarówno dla dużych, wielospecjalistycznych ośrodków, jak i dla mniejszych, zlokalizowanych bliżej chorego. Na pewno warto więc sprawdzić, gdzie jest za mało, a gdzie za dużo tych ośrodków. Zwiększanie ich liczby nie zwiększy bowiem liczby świadczeń. Trzeba jasno określić potrzeby i do nich dostosować liczbę ośrodków, ich infrastrukturę i stopień referencyjności.

Zmienić należy także system szkolenia przyszłych onkologów, zarówno w odniesieniu do szkolenia przed-, jak i podyplomowego. Są nadal uczelnie medyczne, w których onkologii prawie się nie uczy. A nie uczy się, bo nie ma się komu o to upomnieć – brakuje katedr i odpowiednio wykwalifikowanej kadry. Niestety ta dziedzina medycyny wciąż ma u nas zbyt niską rangę. Nie ma co ukrywać, w dziedzinie onkologii odstawiamy od Zachodu. Dlatego trzeba to zmienić.

Powinniśmy opracować pewne minimum programowe w szkoleniu studentów i usprawnić szkolenie przyszłych onkologów. Wszystko po to, by w przyszłości miał kto leczyć nieuchronnie powiększającą się rzeszę chorych.



fot. Włodzimierz Wasylik

Prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej

W polskiej onkologii problemem jest nie tylko zwiększenie liczby chorych na nowotwory, ale również zapewnienie właściwego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Prawdliwość postępowania jest – obok działań z zakresu profilaktyki – podstawowym czynnikiem w procesie zmniejszenia populacyjnego zagrożenia w związku z nowotworami.

Tymczasem obecny system cechuje dezintegracja i nadmierne rozproszenie pod względem kontraktowania oraz udzielania świadczeń, a także fragmentaryczne podejście do realizacji leczenia, tzn. częste prowadzenie leczenia przeciwnowotworowego z zaniechaniem postępowania lub ograniczeniem zainteresowania nim u chorych z nieuniknionymi powikłaniami choroby lub leczenia.

Obecny system wymaga większej koordynacji. Po pierwsze, trzeba stworzyć referencyjność, przede wszystkim w celu promowania najlepszego postępowania skojarzonego, zarówno w przypadku nowotworów częstych, jak również występujących rzadziej. Po drugie, należy prowadzić rzetelną ocenę potrzeb w zakresie inwestycji i alokacji środków finansowych. Po trzecie, konieczne jest nadzorowanie realizacji postępowania zgodnie z zaleceniami i monitorowanie efektów zdrowotnych.

System opieki nad chorymi na nowotwory powinien obejmować zarówno ośrodki referencyjne, tzn. ośrodki mające możliwość kompleksowej diagnostyki oraz wielospecjalistycznego leczenia i rehabilitacji chorych, jak również ośrodki niższego poziomu, które powinny funkcjonować w ścisłej współpracy konsultacyjnej z ośrodkami referencyjnymi. Uważam, że należy wykorzystać obecne możliwości techniki, np. telemedycynę, do przyspieszenia procesów diagnostycznych i terapeutycznych.

Umożliwienie chorym dostępu do nowoczesnych metod leczenia wymaga przede wszystkim przestrzegania zaleceń. Tymczasem w Polsce znaczne środki finansowe są wydawane w sposób nieprawidłowy, np. leczenie w warunkach hospitalizacji zbyt wysokiego odsetka chorych lub stosowanie w nieuzasadnionym zakresie niektórych leków. Dlatego taka inwentaryzacja postępowania powinna poprzedzać decyzje o odpowiednim wykorzystaniu posiadanych środków i ewentualnym przeznaczeniu dodatkowych. Jestem przekonany, że wiele nowoczesnych metod leczenia można byłoby finansować ze środków uzyskanych w wyniku racjonalizacji obecnego postępowania.

Reformy wymaga również kształcenie onkologiczne podczas studiów medycznych oraz szkolenie podyplomowe (specjalizacyjne i doksztalcanie po uzyskaniu specjalizacji). Powinien powstać jednakowy dla wszystkich uczelni system nauczania onkologii. Szkolenie specjalizacyjne musi

być bardziej systematyczne i uwzględniające nowoczesne możliwości postępowania skojarzonego. Konieczne jest wprowadzenie mechanizmów rzeczywistej kontroli przebiegu szkolenia specjalizacyjnego przez kierowników specjalizacji, ponieważ obecna sytuacja budzi wiele wątpliwości. Ponadto w procesie szkolenia specjalizacyjnego trzeba też w większym stopniu uczyć umiejętności praktycznych.



fot. Włodzimierz Wasylik

Prof. dr hab. med. Wiesław W. Jędrzejczak, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych WUM

Współcześni pacjenci onkologiczni, jako osoby coraz starsze, cierpią na wiele chorób towarzyszących. Dlatego lepiej leczyć ich długofalowo w ośrodkach wielospecjalistycznych czy w klinikach uniwersyteckich również wchodzących w skład szpitali wielospecjalistycznych. Zadanie do wypełnienia mają tu także mniejsze szpitale, do których chorym łatwiej dotrzeć. Oczywiście nie narusza to roli tzw. pionu onkologicznego, który ma w nadmiarze chorych czysto onkologicznych.

Jednak uważam, że mamy trochę niedobrego w obecnej opiece onkologicznej, co zresztą w znacznej mierze jest winą systemu finansowania. Liczą się głównie procedury, chorzy dostają po kilka cykli chemioterapii, po wykonaniu których są zostawieni sami sobie. Tymczasem należy leczyć człowieka, a nie wyłącznie zajmować się procedurami. Opieka powinna być ciągła, do wyleczenia lub śmierci. Nie należy stawiać wyraźnej granicy między leczeniem a hospicjum. Sytuacja jest obecnie taka, że wielkie szpitale onkologiczne często osiągnęły granice wydolności. „Nadmierni” pacjenci czują się tam jak trybiki w maszynie. Jest pytanie, jak połączyć profesjonalizm leczenia z jego ludzką twarzą.

Jestem zdania, że pomysł utworzenia Narodowego Instytutu Onkologii i Hematologii w proponowanej formie supermolocha mija się z celem, bowiem nie rozwiąże problemów. Owszem, potrzebna jest centralna instytucja, ale raczej nadzorująca wszystkie szpitale (w tym Centrum Onkologii) oraz oddziały onkologiczne w Polsce, przydzielająca akredytacje, rozliczająca z udzielanych świadczeń.

Piętą achillesową onkologii jest kształcenie przyszłych onkologów. Onkologia to jedyna specjalizacja medyczna, która nie stała się u nas pełnoprawną dziedziną uniwersytecką. O nowotworach uczy się teoretycznie i w ramach innych dziedzin. Tymczasem onkologia uniwersytecka powinna być kuźnią kadr. Należy znaleźć pieniądze na pełne wyposażenie kolejnych onkologicznych klinik akademickich. Tak by studenci mogli wszystkiego się nauczyć nie tylko w teorii, ale też w praktyce. Bo jeśli tak się nie stanie, to onkologia w Polsce nie sprostą wyzwaniom, które przed nią stoją.

Zebrała Agnieszka Wrzesień

O CO WALCZY RADA DYREKTORÓW PUBLICZNYCH CENTRÓW ONKOLOGII

Ukonstytuowała się Rada Dyrektorów Publicznych Centrów Onkologii, która stawia sobie za cel poprawę jakości leczenia chorób nowotworowych. Rada, skupiająca szefów 16 regionalnych ośrodków onkologicznych, chce wspólnie występować do resortu zdrowia oraz płatnika w sprawach, jej zdaniem, najważniejszych dla ich dziedziny. Podczas spotkania założycielskiego, zorganizowanego we Wrocławiu, dyrektorzy centrów onkologicznych podkreślali, że aby stworzyć skuteczne lobby, trzeba mówić jednym głosem.

– Naszym celem jest konsolidacja regionalnych ośrodków onkologicznych – wyjaśnia dr n. med. Zbigniew Pawłowicz, dyrektor bydgoskiego CO, który został wybrany na przewodniczącego rady. – Uważamy, że to one powinny stanowić podstawę systemu leczenia chorób nowotworowych, bo może być ono skuteczne jedynie wówczas, gdy oferuje kompleksową i wielospecjalistyczną opiekę nad pacjentem.

Obecnie regionalne ośrodki onkologiczne zapewniają ok. 80 proc. leczenia chorób nowotworowych w Polsce. Zdaniem rady – w rzeczywistości są one w stanie zagwarantować leczenie wszystkim pacjentom onkologicznym, w dodatku w ciągu 14 dni od diagnozy, co dziś jest standardem nieosiągalnym. Warunek jest jeden: płatnik zapewni pieniądze na leczenie. Zdaniem rady, lepsze finansowanie onkologii jest możliwe nawet przy obecnych środkach, trzeba tylko fundusze wydawać racjonalnie.

Rada ocenia, że na ok. 370 działających w Polsce placówek onkologicznych zaledwie ok. 20 zapewnia opiekę wielospecjalistyczną, a tylko 16 spełnia kryteria kompleksowego leczenia – od profilaktyki do rehabilitacji. Tymczasem badania wskazują, że taka właśnie opieka jest optymalna. Onkolodzy są zgodni, że leczenie sekwencyjne, oferowane przez większość polskich placówek onkologicznych, jest nieefektywne.

– Wskaźnik reoperacji u pacjentów onkologicznych wynosi w Polsce 20 proc., a to znaczy, że NFZ płaci podwójnie za co piątego chorego – mówi prof. dr hab. med. Bogusław Maciejewski, szef Centrum Onkologii w Gliwicach. – Niedostatek środków na leczenie onkologiczne jest oczywistością, ale

też trzeba jasno powiedzieć, że spora część tych środków jest marnotrawiona, m.in. w ośrodkach oferujących pojedyncze procedury onkologiczne. Uważam, że o powstawaniu nowych oddziałów czy ośrodków powinien decydować minister zdrowia.

Rada szacuje, że w skali kraju marnowane w ten sposób może być nawet ok. 1 mld zł rocznie. Zdaniem rady rozwiązaniem problemu powinno być określenie referencyjności ośrodków onkologicznych oraz mechanizmów prawnych, które pozwoliłyby różnicować finansowanie procedur – im wyższy stopień referencyjności, tym większa stawka. Dyrektorzy liczą, że wówczas ich centra, spełniające najwyższe kryteria medyczne, otrzymywałyby więcej pieniędzy, bez potrzeby dodatkowego drenowania systemu.

– Referencyjność powinna być certyfikowana i podlegać rzetelnemu audytowi, w oparciu o ściśle określone kryteria. To jeden z naszych pierwszych postulatów, jaki zamierzamy przedstawić ministrowi zdrowia – mówi prof. dr hab. med. Krzysztof Warzocha, dyrektor Centrum Onkologii w Warszawie.

Kolejne zadania, jakie rada uznała za najpilniejsze, to wyegzekwowanie od NFZ pieniędzy za nadwykonania za rok 2012 i 2013. Choć w poszczególnych ośrodkach sytuacja pod tym względem jest zróżnicowana, to jednak dyrektorzy postanowili wystąpić w tej kwestii zbiorowo do centrali NFZ. Boje toczono samodzielnie przez placówki w sądach z oddziałami NFZ przynoszą bowiem różne, rzadko w pełni satysfakcjonujące efekty.

Do kluczowych problemów zaliczono też limitowanie świadczeń w swojej dziedzinie, co jest niedopuszczalne w kontekście skuteczności terapii. To limity powodują, że pacjenci czekają nieraz w wielomiesięcznych kolejkach zarówno na operację, jak i radioterapię czy chemioterapię.

– W chorobach nowotworowych każdy dzień zwłoki to obniżenie szansy wyleczenia o 1 proc. – przestrzega prof. Maciejewski. – Kiedy od diagnozy do objęcia pacjenta właściwym postępowaniem mijają miesiące, te szanse spadają do zera.

Dyrektorzy są zdania, że zniesienie limitów, zwłaszcza w leczeniu radykalnym, to konieczność. Zapowiadają, że będą o tym przekonywać zarówno resort zdrowia, jak i NFZ.

Alicja Giedroyc

ZŁY PLAN LECZENIA DAJE TRAGICZNY SKUTEK

O często niepopularnych zadaniach, jakie stoją przed Radą Dyrektorów Publicznych Centrów Onkologii, i cenie życia, rozmawiamy z dr. n. med. Zbigniewem Pawłowiczem, szefem rady, dyrektorem Centrum Onkologii w Bydgoszczy

OpD: Dlaczego zdecydowano o powołaniu rady dyrektorów?

DR ZBIGNIEW PAWŁOWICZ: Myślę, że niezbędne jest przytoczenie przynajmniej kilku słów historii. Już w latach przedwojennych powstała idea, że nowotwór powinien być leczony w ośrodkach specjalistycznych. Po wojnie natomiast prof. Tadeusz Koszarowski, dyrektor Centrum Onkologii w Warszawie, zainicjował myśl utworzenia, nazwijmy to – sieci kilku ośrodków – centrów onkologii w poszczególnych regionach kraju. Placówki te miały zajmować się wyłącznie terapią nowotworów. Dlaczego? Ponieważ choroba nowotworowa wymaga leczenia

skojarzonego, multidyscyplinarnego. Leczenie nie wygląda jak w przypadku usunięcia pęcherzyka żółciowego z powodu kamicy, kiedy pacjent przebywa kilka dni w szpitalu, przechodzi operację i później nie ma już kontaktu z placówką. Centrum onkologii musi być zorganizowane tak, aby zagwarantować pacjentowi najwyższy poziom diagnostyki i leczenia. A jest to możliwe, gdy placówka ma wysoce doświadczoną, odpowiednią kadrę, która zaplanuje leczenie w momencie jego rozpoczęcia. Doświadczeni onkolodzy mówią tak: „Jeżeli leczenie onkologiczne jest na początku źle zaplanowane, później nie przyniesie dobrych efektów”. Zatem pierwszy krok w terapii onkologicznej jest niezwykle ważny. W związku z tym w Stanach Zjednoczonych powstało ponad 60 ośrodków Comprehensive Cancer Center. Tworzą one sieć w ramach współpracy z Narodowym Instytutem Raka w Bethesda pod Waszyngtonem. I właśnie to było punktem wyjścia idei prof. Koszarowskiego. Z jego inicjatywy w latach 70. XX wieku ówczesny rząd utworzył narodowy program finansowania powstania ośrodków onkologicznych w Polsce. Z tego programu rozbudowano ośrodek w Gliwicach i w Krakowie, w Poznaniu, we Wrocławiu; powstały też nowoczesne ośrodki w Kielcach i w Bydgoszczy. I rzeczywiście, dziś w każdym regionie kraju znajduje się ośrodek onkologiczny. Co niezwykle ważne – można już mówić o pewnym sukcesie, ponieważ wykrywalność nowotworów wzrasta.

OpD: To w czym problem?

Z.P.: W tym, że mimo znacznych nakładów na onkologię i profilaktykę, mimo wspomnianego osiągnięcia w zakresie wykrywalności, wyniki leczenia, czyli przeżycia pięcioletnie i dłuższe, niestety nie uległy zmianie. Nie osiągnęliśmy postępu. Zatem sytuacja wygląda następująco: nakłady finansowe większe, a wynik działania zły. Błąd tkwi gdzieś w organizacji wewnętrznej.

OpD: W jaki sposób rada zamierza go naprawić?

Z.P.: Podjęliśmy decyzję o powołaniu rady dyrektorów, wychodząc naprzeciw dwóm instytucjom państwowym

– resortowi zdrowia i NFZ. Nie stoimy więc w opozycji. Dlaczego? Minister zdrowia bardzo dobrze realizuje Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, dzięki któremu ośrodki w szesnastu regionach w kraju stanęły na innym poziomie. Wiele z nich dorównuje dziś organizacją, wyposażeniem i funkcjonowaniem ośrodkom w starych krajach Unii Europejskiej. Nie mamy się czego wstydzić. To właśnie zasługa ministra zdrowia i realizacji wspomnianego programu przez osiem lat. Po drugie – nie da się ukryć, że z każdym rokiem nakłady NFZ na onkologię wzrastają. Jeżeli połączymy te dwa elementy, ale nie osiągamy przeżyć pięcioletnich, to przyczyny trzeba poszukać gdzie indziej. Dziś między innymi Agnieszka Pachciarz, doświadczony menedżer, wielokrotnie podkreśla, że powinniśmy zmienić sposób kontraktowania. Musimy kontraktować ze świadczeniodawcą usługę kompleksową, a nie monotematyczną. Onkologia jest typowym polem do stworzenia projektu kompleksowej opieki, którą można zorganizować w publicznych centrach onkologii. Aby to zrobić, trzeba zgromadzić dyrektorów wszystkich szpitali onkologicznych w Polsce. Bo kto dzisiaj jest odpowiedzialny za dany ośrodek? Dyrektor. Kto kreuje politykę ośrodka? Dyrektor. Kto jest jego liderem? Dyrektor. Dlatego w Centrum Onkologii w Bydgoszczy odbyło się spotkanie dyrektorów i przedstawicieli towarzystw naukowych. Oczywiście, pojawiły się głosy inne, ale zaznaczam od razu – nie negujące tej idei, lecz propagujące jej rozszerzenie na szpitale kliniczne i wielospecjalistyczne. Stanęliśmy bowiem na stanowisku, że projekt jest otwarty. Przy czym otwarty zostanie za chwilę. Bo jeśli dziś włączymy do niego ponad 40 szpitali klinicznych, projekt nie ruszy. Statutowe cele centrum onkologii i szpitala klinicznego, mimo że leczą one pacjenta onkologicznego, różnią się. Pogodzić te cele od razu, na początku, będzie trudno. Natomiast wypracowując platformę funkcjonowania szesnastu ośrodków, przygotowujemy jednocześnie ofertę dla innych szpitali. Na tym polega mój pomysł otwartości tego projektu.

I podkreślam – my, jako rada dyrektorów, chcemy być zespołem ludzi wspierających i Ministerstwo Zdrowia, i NFZ w ich decyzjach. Jako praktycy zamierzamy być dla

ALARMUJĄCE ANALIZY

Robimy tak zwane benchmarki, czyli analizy wyników leczenia pacjentów u nas w porównaniu z innymi ośrodkami. Otóż w zakresie raka piersi mamy analizę za lata styczeń 2006-grudzień 2012 roku. W tym czasie do Centrum Onkologii zgłosiło się 4114 pacjentek. Z tej grupy wzięliśmy do analizy jeden element: czy operację usunięcia nowotworu piersi wykonano w Centrum Onkologii, czy poza nim i następnie skierowano pacjentkę na dalsze leczenie do centrum. Krótko mówiąc, wzięliśmy pod lupę miejsce przeprowadzenia zabiegu.

Przeanalizowaliśmy wszystkie grupy. Jeśli chodzi o najczęstszy, trzeci stopień zaawansowania nowotworu, 775 pacjentek od początku leczono w Centrum Onkologii. Na 31 grudnia 2012 roku z tej grupy zmarło 39 kobiet, czyli 5 proc. W tym samym czasie poza centrum operowano 248 pacjentek z takim samym stopniem zaawansowania raka. W tej grupie zmarło aż 112 kobiet, czyli 45 proc.! Dysponujemy numerami PESEL tych pacjentek. Widać zatem konieczność konsolidacji leczenia onkologicznego.

JEŻELI ROZPOCZĘTO LECZENIE POZA OŚRODKIEM ONKOLOGICZNYM, A PO OPERACJI SKIEROWANO PACJENTKĘ DO CENTRUM ONKOLOGII NA DALSZE LECZENIE, TO ŚMIERTELNOŚĆ W TAKIEJ SYTUACJI WYNOŚI 45 PROC. JEŚLI NATOMIAST PACJENTKA BYŁA OD POCZĄTKU LECZONA W OŚRODKU ONKOLOGICZNYM, GDZIE DOSKONAŁE ZAPLANOWANO JEJ TERAPIĘ, ODSETEK TEN WYNOŚI 5,2 PROC.



foto: Jarosław Pruss

nich wsparciem. Nie występujemy z jakimikolwiek żądaniami. Naszym celem strategicznym jest bowiem pacjent.

OpD: To znaczy?

Z.P.: Musimy stworzyć taki system organizacji, który nie będzie generował większych kosztów dla płatnika, a pacjentowi z rozpoznaną histopatologicznie chorobą nowotworową zapewni dostępność do leczenia onkologicznego w szesnastu ośrodkach, w ciągu dwóch tygodni.

OpD: Poprzeczka ustawiona bardzo wysoko.

Z.P.: Tak. Dziś dostępność, np. do radioterapii, wynosi w moim ośrodku około trzech, czterech miesięcy. A, jak wspomniałem, docelowo ma to być 14 dni – może z pewną dozą bezpieczeństwa – od 14 do 30 dni. Aby to osiągnąć, nie mówimy do płatnika: „Daj pieniądze”. Jako rada dyrektorów, opracowaliśmy już wielostronicową ankietę, którą rozesłaliśmy do wszystkich ośrodków uczestniczących w projekcie. Rzetelnie wypełniona ankieta pozwoli ocenić ich potencjał. Dążymy bowiem do konsolidacji tych ośrodków, one między sobą nie konkurują. Mamy

jednego płatnika, jesteśmy publiczni i mamy jednego pacjenta – ubezpieczonego. Mimo istnienia wolnego rynku, nie zachodzi tu jakiejkolwiek prawo konkurencji. Wolny rynek w każdym dobrze zarządzanym kraju jest w pewnym sensie kierowany przez państwo. Nie ma niewidzialnej ręki rynku.

OpD: Czemu ma służyć znajomość potencjału poszczególnych ośrodków?

Z.P.: Rozpoczęliśmy już analizę wspomnianych ankiet. I właśnie na tej podstawie uzyskamy pełną informację o tym, czego brakuje w danym regionie, a co jest zapewnione. I oczywiście jeśli okaże się, że jest sprzęt i kadra, zadamy pytanie, dlaczego pacjent czeka trzy miesiące w kolejce. To bardzo istotna wiedza, której nikt dzisiaj nie ma. Mówimy tylko o 16 centrach onkologii. Druga sprawa – podczas spotkania we Wrocławiu prof. Maciejewski powiedział, że ponad 90 proc. radioterapii wykonuje się w publicznych centrach onkologii. Jeżeli mówimy więc o zapewnieniu dostępności do tego leczenia, gwarantują je właśnie ośrodki onkologiczne. Oczywiście tzw. operatywa w zakresie onkologii odbywa się w szpitalach klinicznych, takich jak choćby

STANDARDY SOBIE, A ŻYCIE SOBIE?

Zgodnie ze standardami przyjętymi przez WHO szpitale, które chcą zajmować się leczeniem raka piersi, powinny wykonywać w ciągu roku przynajmniej 120, a niektórzy mówią nawet, że 150 operacji nowotworów piersi. Wtedy o jednostkach takich mówi się Breast Cancer Unit – są one dedykowane do prowadzenia terapii nowotworu piersi.

szpital kliniczny w Gdańsku, który ma bardzo dobrą klinikę radioterapii. Nikt tego nie kwestionuje. Ale to właśnie z ankiety chcemy dowiedzieć się, w jakiej części centra onkologiczne zapewniają leczenie onkologiczne pacjentowi. Jeżeli w Polsce na nowotwór zachoruje rocznie ok. 140 tys. pacjentów, chcemy wiedzieć, jaka ich część jest leczona w profesjonalnych ośrodkach onkologicznych, a jaka nie. To bardzo istotne dla płatnika. Pacjent leczony w szpitalu niespecjalistycznym narażony jest na monotematyczne wykonanie procedury. Nie ma bowiem zespołu konsultantów chemio- i radioterapii oraz diagnostów. Słowem, zamiast planu leczenia kompleksowego, jest wycinkowy. W efekcie pacjent czeka później w kolejce na następny etap terapii. Tymczasem wiemy, że oczekiwanie ponad dwa tygodnie między jedną a drugą procedurą onkologiczną diametralnie obniża szanse na przeżycie pięcioletnie.

OpD: Wspomniał pan, że rada nie woła o więcej pieniędzy, tymczasem wydaje się, że niewystarczające środki to główny problem onkologii.

Z.P.: Nad pieniędzmi, którymi dziś dysponuje NFZ, trzeba się pochylić i pomyśleć o lepszej organizacji. Powtarzam – priorytetem jest kompleksowość leczenia. W onkologii to rzecz święta! Czyli jak mówiłem, z chwilą przybycia do ośrodka pacjent powinien mieć od razu zaplanowany najwyższy standard leczenia. Druga rzecz – jeśli wchodzi do tego ośrodka, zostaje z nim związany do końca życia. Dlaczego u nas (w Centrum Onkologii w Bydgoszczy – przyp. red.) jest tak duży przyrost pacjentów? Bo jeśli ośrodek dobrze leczy, pacjenci nie umierają, przychodzą na kontrolę lub jeśli wydarzy się coś niepokojącego, nie szukają innych placówek medycznych.

OpD: Co zatem rada zamierza zrobić dla pacjenta?

Z.P.: Wykorzystując możliwość, jaką daje dzisiaj internet, chcemy stworzyć zintegrowany portal publicznych centrów onkologii, oferujący pięć portali wertykalnych. Po pierwsze, zamierzamy dać pacjentowi pełną wiedzę o wszystkich chorobach nowotworowych, po to aby, w razie potrzeby, nie szukał jej na różnych innych portalach. Ta część zostanie przygotowana przez zespół najlepszych specjalistów. Chcemy też przedstawić pacjentowi wszystkie ośrodki, ich potencjał, kadre i możliwości, czyli dokonać wszechstronnej prezentacji szesnastu

ośrodków onkologicznych w Polsce. Wszystko w jednym miejscu. Trzeci element to profilaktyka. Bardzo ważnym założeniem tego portalu jest dedykowanie go ludziom zdrowym, zwłaszcza że świadomość społeczna dotycząca profilaktyki znacząco wzrasta. Czwartym elementem są aktualności, czyli wiadomości z szesnastu ośrodków: w czym są najlepsze i co oferują pacjentowi. W każdym ośrodku pracuje przynajmniej paru wiodących specjalistów. Dzięki temu będziemy mogli co miesiąc publikować wywiady z osobami, które na bieżąco pomagają pacjentom dochodzić do zdrowia. I wreszcie punkt piąty: organizacje pozarządowe, których jest bardzo dużo, przy czym są rozproszone. Niektóre z nich naprawdę świetnie działają, ale społeczeństwo o nich nie wie. Naszym celem jest stworzenie tak dobrego portalu jak amerykański NCCN, czyli National Cancer Comprehensive Network. Pacjent, po wskazaniu danego problemu medycznego, od razu widzi, gdzie się leczyć, gdzie jest najbliższy ośrodek, jakiego rodzaju terapię stosować. Portal, nad którym pracujemy, ma działać w podobny sposób. Po wpisaniu kodu pocztowego pacjent zobaczy, gdzie znajduje się najbliższy ośrodek, która klinika poprowadzi terapię, kto nią kieruje, jaki jest profil tego specjalisty. Dziś, otrzymując skierowanie do centrum onkologii, pacjent nie wie, kto w tym szpitalu pracuje, na kogo trafi. Z chwilą uruchomienia portalu, wpisze rozpoznanie, niekoniecznie medyczne, i kod pocztowy. Na ekranie monitora od razu wyświetli się dostępność do najbliższego ośrodka, jego oferta oraz, co bardzo ważne, możliwość kontaktu z ośrodkiem, z konkretną, profesjonalnie przygotowaną osobą. Obecnie jest tak, że pacjent błądzi w chmurze niewiedzy, szuka protekcji ciotki, wujka lub przychodzi wystraszony do ośrodka. To ma się zmienić. W kolejnym etapie, najpóźniej do końca tego roku, chcemy uruchomić centralną infolinię onkologiczną, z której korzystać będą mogli nie tylko pacjenci, ale też osoby towarzyszące, wspierające pacjenta. Dowiedzą się na przykład, jak pomóc choremu.

OpD: Czyli będzie to odpowiednik *call center*, które już funkcjonuje w Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Z.P.: Zgadza się. Chcemy to przenieść do pozostałych ośrodków. W *call center* pracują osoby przeszkolone. Uczyły się, jak rozmawiać z pacjentem cholerykiem, jak rozmawiać z pacjentem, który dopiero co dowiedział się o swojej chorobie. Mają przygotowane materiały na temat schorzeń, badań, zabiegów. Udzielają osobie dzwoniącej wszelkich niezbędnych informacji oraz wskazówek.

OpD: Kiedy portal miałby ruszyć?

Z.P.: Myślę, że do końca roku portal zostanie ukończony. Chciałbym też dodać, że prezydium rady dyrektorów zaproponowało powołanie grupy ekspertów z różnych dziedzin. W jej skład wejdą specjaliści z tych szesnastu ośrodków. Będą oni reprezentować radę np. podczas debat różnego rodzaju towarzystw. Ale nie tylko. To właśnie grupa ekspertów ma za zadanie wymuszać na

radzie dyrektorów pewne działania decyzyjne w celu zapewnienia lepszej jakości świadczeń. Dla prezesa NFZ zespół będzie natomiast stroną do zasięgnięcia opinii. Dziś polska onkologia jest rozproszona, dlatego trudno się dziwić, że płatnik nie ma z kim rozmawiać. Ktoś musi do niego pójść i przedstawić konkretne dane.

OpD: Na przykład?

Z.P.: Na przykład w przypadku raka piersi – liczby mówią same za siebie. Jeżeli rozpoczęto leczenie poza ośrodkiem onkologicznym, a po operacji skierowano pacjentkę do centrum onkologii na dalsze leczenie, to śmiertelność w takiej sytuacji wynosi 45 proc. Jeśli natomiast pacjentka była od początku leczona w ośrodku onkologicznym, gdzie doskonale zaplanowano jej terapię, odsetek ten wynosi 5,2 proc. Pytanie więc, dlaczego nie stworzyliśmy systemu, który

zapewniłby tej kobiecie dostępność, i to *a priori*, do ośrodka optymalnego. Taka informacja powinna trafić do NFZ. Właśnie temu ma służyć rada dyrektorów, która zaproponuje płatnikowi sposób kontraktowania terapii raka piersi. Bo nie może być tak, że do podpisania kontraktu przystępuje szpital, który na diagnostykę w ramach rezonansu magnetycznego odsyła do innej, oddalonej o 50 km placówki. A robi tak, ponieważ zawarł z tą placówką umowę i tym samym spełnił warunek kontraktu z NFZ. Przecież to bije w pacjenta! Jeżeli w województwie kujawsko-pomorskim na raka piersi zachoruje 850 kobiet, to ja z pełną odpowiedzialnością mówię, że Centrum Onkologii w Bydgoszczy jest w stanie zapewnić leczenie każdej z nich i przyjąć w ciągu 14 dni od stwierdzenia nowotworu. Płatnik musi jednak skonstruować kontrakt w taki sposób, abym mógł to zrealizować.

Rozmawiała Marta Pieszczyńska