

## **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 najczystszy, 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.



fot. 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**