

Rozmowa z Rafałem Janiszewskim i Arturem Fałkiem



Jak w fabryce albo na lotnisku

Rządzący zamierzają zreformować system opieki onkologicznej – trwają prace nad Krajową Siecią Onkologiczną (KSO).

RAFAŁ JANISZEWSKI: Założenia KSO są szczytne – jak najlepszy dostęp pacjenta do wystandaryzowanej opieki onkologicznej, diagnostyki i leczenia, w każdym miejscu, gdzie ten pacjent mieszka. Ale zastanówmy się, co to tak właściwie znaczy. W każdej wsi? U każdego świadczeniodawcy będzie onkologia? Wiemy, że nie. Twórcy projektu chcą stworzyć trzy poziomy – moż-

na by powiedzieć: referencyjne – i na nich realizować świadczenia, odpowiednio: najprostsze, bardziej skomplikowane i wysokospecjalistyczne. Te ostatnie miałyby prowadzić regionalne centra onkologiczne, które byłyby pełnoprofilowymi ośrodkami onkologicznymi.

I jak panowie oceniają tę propozycję?

ARTUR FAŁEK: Dla mnie poziomy referencyjności to nie jest rozwiązanie – one się sprowadzają do tego, że coś jest wycenione lepiej, a coś gorzej, jedno robimy,

” Pacjent nie może usłyszeć od onkologa: *jak pan te wszystkie wizyty odbędzie, to pan do nas wróci*. Lekarz musi dysponować wszystkimi instrumentami do diagnozowania i leczenia u siebie ”

a drugiego nie. To „nie trybi”. Jak źle to funkcjonuje, możemy obserwować dziś w sieci szpitali, gdzie placówki ze sobą nie współpracują, ale konkurują o te same procedury. A powinno to działać jak w fabryce. Jeśli mamy linię produkcyjną samochodu, to na stanowisku do przykręcania drzwi nie przykręcają klapy do bagażnika, tylko drzwi – tysiąc, dwa tysiące razy dziennie. Szybko, zawodowo i bez pudła. I nikt tego nie przestrasza na potrzeby przykręcania klap do bagażnika. A u nas wiecznie wszyscy „przestawiają się” na to, za co aktualnie NFZ lepiej płaci. I nie wychodzi nam z tego jeżdżący samochód, tylko jakaś połatana konstrukcja, której zapewne nikt odpowiedzialny nie dopuściłby do ruchu. A zatem, odpowiadając na pytanie o stopnie referencyjności – dla mnie to nie jest i nie będzie efektywne.

O stopniach referencyjności już co nieco wiemy, bo dla systemu to nie jest nowość.

A.F.: No właśnie, zastanówmy się poważnie, jak można by się oderwać od tego, co już przerabialiśmy, jak zaprojektować coś nowego. Powiedzmy szczerze – skoro wszyscy wokół się zgadzają, że w onkologii jest źle, że drepczemy w miejscu, i to od lat, to po co teraz taśmą klejącą sklejać ten system? Coraz powszechniejsze są komentarze, że system przestał być wydolny, że nie ma czego zbierać. Wyobraźmy sobie zatem system za dziesięć lat i powiedzmy: „trzeba uciec do przodu – zaprojektować, zbudować system od nowa”.

R.J.: Tak jest, bo dziś – tak, jak Artur mówi – drepczemy w miejscu. To, co teraz proponuje rząd, to nic innego jak próba dostrajania i tworzenia czegoś, co już było. A przecież dziś wszyscy na świecie poszukują optymalnego modelu opieki onkologicznej, w którym wykonuje się świadczenia dla osób już zdiagnozowanych, ale jest również profilaktyka, diagnostyka oraz oferuje się opiekę po leczeniu i terapię naprawczą oraz paliatywną.

I jaki on powinien być?

A.F.: Szansy na poprawę warunków leczenia upatruje się dziś w koordynacji – w interdyscyplinarności. Przy-

pomnę, że już w 2014 r. Ernst & Young opublikował raport, w którym oceniano stan polskiej onkologii i wskazywano, że jedynym wyjściem jest właśnie kompleksowe, zintegrowane, skoordynowane podejście do diagnostyki, leczenia i opieki nad pacjentem. I coś się w tym kierunku dzieje – są pilotaże, jest sondowanie, przeprowadza się badania. Ministerstwo Zdrowia zleciło przecież Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) zbadanie sensowności modelu opieki skoordynowanej w nowotworach płuca, piersi, jelita grubego, prostaty i nowotworach hematologicznych. AOTMiT prześledziła dowody dostępne w literaturze naukowej i potwierdziła, że rzeczywiście ten model jest najbardziej obiecujący i najbardziej efektywny, jeśli chodzi o nowotwory. A skoro tak, to pomyślmy, co by było, gdybyśmy całą infrastrukturę i organizację podporządkowali takiemu skoordynowanemu podejściu do diagnostyki, leczenia i profilaktyki onkologicznej – skoordynowanej opiece nad pacjentem.

R.J.: W rządowym pilotażu proponuje się utworzenie infolinii albo ustanowienie koordynatora. Niby dobrze, ale czy podstawą tego projektu nie powinno być stworzenie pełnoprofilowych, wyskospecjalistycznych ośrodków onkologicznych, w których wykonywałoby się wszelkie świadczenia? Mówiąc wprost – co by było, gdyby nie leczyło się nowotworów w szpitalach powiatowych i wojewódzkich, tylko zewsząd, z każdego miejsca, gdyby ktoś stwierdził zmianę nowotworową – nieważne, złośliwą czy nie, od razu kierowałby pacjenta do centrum onkologii?

Panowie postulują rewolucję.

A.F.: To nie jest rewolucja. To logiczna konsekwencja tego, że dowiedziono, iż jednostki narządowe („unity”) są najlepszą formą opieki onkologicznej. A skoro tak, to należy utworzyć system oparty na takich „unitach”. Szpital onkologiczny powinien się składać nie z oddziałów, ale właśnie z „unitów” narządowych. Kiedy pacjent trafia do takiej jednostki, to kolejno jest tam wykonywane wszystko, co się powinno zrobić zgodnie ze standardem. Oczywiście, jeśli diagnostyka się nie potwierdzi, to opuszcza ośrodek i nie idzie „do końca taśmy”. Uważam, że już diagnostyka przesiewowa powinna się odbywać właśnie w tych „unitach” i dalej – centrach. Moje obserwacje dotyczące profilaktyki są niezbyt pozytywne. Za część świadczeń, na przykład zgłaszalność pacjentów do programów profilaktycznych lub wystawienie karty DILO, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest wynagradzany odrębnie, a jednak profilaktyka nie działa efektywnie. Zastanówmy się, czy to w ogóle dobrze, że ona jest w POZ.

R.J.: Czy w POZ, czy w szpitalu powiatowym – co się dzieje, kiedy lekarz stwierdza zmianę i zleca diagnostykę? Musi zapisać pacjenta w kolejkę i ostatecznie wykonuje się to, co jest dostępne. A gdyby zamiast tego

pacjent od razu pojechał do centrum onkologii? Może nawet koordynowany przez koordynatora? I w tym centrum onkologii miał wykonywane jak najbardziej profesjonalne, pełne badania?

A.F.: To się nie musi nazywać „centrum onkologii”. Nazwę trzeba dobrać tak, żeby może nie była stygmatyzująca...

R.J.: Jasne. Mówmy zatem o ośrodkach monoprofiliowych, ale wysokospecjalistycznych. No i pacjent tam trafia, a podejrzenie nowotworu się nie potwierdza. Czy to jest strata? Nie. To jest zysk! Jeśli dziś w domenie publicznej jest elektroniczna dokumentacja medyczna tego pacjenta, jego wyniki badań, to ten materiał diagnostyczny wraca z pacjentem do POZ lub szpitala powiatowego i już wiadomo, co mu jest. A to oznacza, że on nie stracił czasu, a badania nie były wykonane na marne. Pacjent u siebie dostanie odpowiednie leczenie.

A.F.: I oczywiście lekarz POZ wciąż kierowałby pacjenta do takiego specjalistycznego ośrodka. Można by się zastanawiać, jak rozsądnie i mądrze go za to wynagradzać, ale nie za samo skierowanie, tylko także za trafność tych skierowań. Na to nie ma pomysłu i ustawa o Funduszu Medycznym, która też przewiduje elementy motywacyjne, nie rozwiązuje tego dobrze. To jest kwestia do dalszej dyskusji. Wracając do naszego projektu – zastanawiam się nad modelem prowadzącym kompleksowo pacjenta przez problem zdrowotny, czyli testującym populację, wyławiającym pacjenta z podejrzeniem nowotworu i kierującym go „z automatu” i „od ręki” na ścieżkę diagnostyczną i terapeutyczną.

R.J.: Co zakłada plan rządu? System od lekarza POZ po pierwszy, drugi i trzeci stopień tej – powiedzmy – referencyjności i przekazywanie pacjenta od placówki do placówki. A podkreślę, że zawsze tam, gdzie jest „przejście” między podmiotami, występuje opóźnienie. Jeśli trzeba przekazać pacjenta do innego podmiotu, a niekiedy wystarczy nawet, że do innego oddziału – to jest problem: sprawy komunikacyjne, administracyjne i podległości służbowej lub ambicje i kompetencje kierownicze poszczególnych osób. Przykład – szpital wojewódzki wysokospecjalistyczny zajmujący się wszystkim, a więc trudno powiedzieć, który problem jest dla niego priorytetowy. Tam zwraca się uwagę na stan kliniczny pacjenta i na to, jak w danej sekundzie trzeba mu pomóc. Przy brakach personelu jest rzeczą oczywistą, że lekarz ma w danej chwili ważniejsze rzeczy do zrobienia – na przykład pomoc osobie, która jest w stanie krytycznym – niż przekazanie do centrum onkologii chorego, który został zdiagnozowany w poradni. Taki medyk powie: „tego onkologicznego przekazemy jutro”. Zastanawiam się, co i jak robić, żeby nie było niepotrzebnych „jutro”.

A.F.: „Unity” zajmą się danym nowotworem kompleksowo. Tam pacjent będzie miał wykonane wszystkie badania i zabiegi, a jednocześnie zrezygnuje się z udziału

„Gdzie się da – w Lublinie, Wrocławiu, Warszawie – trzeba przeorganizować centra onkologii i stworzyć zespoły *unitowe*. A gdzie się nie da, stawiamy nowe szpitale zbudowane w systemie *unitowym*. W szczerym polu. Od zera”

nia tych świadczeń w poradniach. To jest ważne, kiedy uświadomimy sobie, jak to dziś wygląda – tu jest ośrodek profilaktyczny, tam jest poradnia, tu jest kierownik, tam jest kierownik, tu i tam są lekarze. Ze swoimi ambicjami – tak jak Rafał zauważył. Postuluję jeden zespół – „unitowy”, który ma jednego szefa i zajmuje się od a do z nowotworami jednego typu. W nim będzie się działało sprawniej, szybciej i lepiej. Jak przy wspomnianej taśmie w fabryce samochodów, gdzie przykręca się wyłącznie kilka tysięcy prawych drzwi dziennie.

R.J.: Tak jest. Z czym jeszcze mamy problem? Dziś największym problemem w takich trudnych dziedzinach jak onkologia jest dostępność narzędzi diagnostyczno-terapeutycznych, czyli świadczeń. Onkolog musi mieć możliwość przebadania pacjenta pod każdym kątem, żeby go dobrze leczyć. I diabetologicznym, i kardiologicznym, i endokrynologicznym. Każdym. Musi mieć dostęp do porad ze wszystkich specjalności.

Postuluje pan, by centra onkologii miały podpisane kontrakty z NFZ na pełen zakres świadczeń?

R.J.: Bezwzględnie tak. Centra muszą wykonywać pełen zakres świadczeń, a nie jak dziś w niektórych miejscach jedynie wysyłać pacjentów onkologicznych „na miasto” do endokrynologów i kardiologów, do których muszą oni czekać w kolejkach. Pacjent nie może usłyszeć: „jak pan te wszystkie wizyty odbędzie, to pan do nas wróci”. Onkolog musi dysponować wszystkimi instrumentami do diagnozowania i leczenia u siebie. Niestety, zamiast tego rząd znowu chce rozdrabniać i tworzyć poziomy referencyjne. I jak to będzie zorganizowane? Ktoś podejmie decyzję, że na najniższym poziomie endokrynologia nie jest potrzebna, a dopiero na drugim czy trzecim? I co z pacjentami, którzy tej endokrynologii będą potrzebowali? Pewnie odpowiedź brzmi, że będą szybko i sprawnie przekazywani, ale jak to jest z tym przekazywaniem, już mówiliśmy. Nasza propozycja to stworzenie ośrodków w pełni interdyscyplinarnych, które jednocześnie skupią też potencjał intelektualny, bo w takim systemie chirurg onkologiczny nie będzie chciał pracować w szpitalu powiatowym.

„Dziś największym problemem w takich trudnych dziedzinach jak onkologia jest dostępność narzędzi diagnostyczno-terapeutycznych, czyli świadczeń”

W tych ośrodkach byłiby skupieni najlepsi specjaliści, byłyby dostępne wszystkie świadczenia, a pacjent leczony kompleksowo – od diagnostyki po rekonstrukcję i rehabilitację. Wszystko.

Proszę wybaczyć, ale to brzmi nierealnie. Już dziś centra onkologii pękają w szwach. Trudno sobie wyobrazić, by do nich kierować wszystkie osoby z podejrzeniem nowotworu oraz tak znacznie rozszerzać ich spektrum działania.

R.J.: Bo dzisiejsze ośrodki nie funkcjonują na podstawie „unitów” i nie mają tych „unitów” odpowiednio rozbudowanych, a system finansowania nie jest dostosowany do tego, by im umożliwić pełne spektrum działania.

A.F.: A jednak część centrów – w Lublinie, Warszawie i Wrocławiu – jest w trakcie przeorganizowania. I to w dobry sposób. Twórzmy zespoły „unitowe”. Wtedy powstaną części wspólne – endokrynolog nie musi być przypisany wyłącznie do „unitu” raka jelita grubego, będzie w części wspólnej, gdzie skoncentrujemy usługi, które nie są poszczególnym „unitom” potrzebne na wyłączność. Nowoczesne szpitale onkologiczne funkcjonowałyby podobnie jak lotniska.

R.J.: Podoba mi się to porównanie!

A.F.: Na lotnisku są terminale, a w onkologii byłyby „unity” narzędziowe. To się ściśle wiąże z przepływem pacjentów. Chodzi o to, by organizacyjnie i zarządczo ulokować leczenie danego nowotworu w konkretnym miejscu. Przykład lotniska przywołałem nie bez kozery: dziś mamy starą substancję szpitalną, którą próbujemy klajstrować. A przecież są pieniądze, bo w ustawie o Funduszu Medycznym zapisano 3 mld zł rocznie na inwestycje i będą środki z Unii Europejskiej na odbudowanie ochrony zdrowia po COVID-19. Nie wydajemy tych pieniędzy na łatanie dziur i wstawianie plomb. Nie może być tak, że tu dobudowujemy budynek, tam dostawimy komóreczki do kolejnych szpitalików. Gdzie się da – w Lublinie, Wrocławiu, Warszawie – trzeba przeorganizować centra onkologii i stworzyć zespoły „unitowe”. A gdzie się nie da, stawiamy nowe szpitale zbudowane w systemie „unitowym”. W szczerym polu. Od zera.

Panowie chcą budować nowe szpitale?

R.J.: Jeśli ośrodki mają możliwość rozbudowy – pozostając przy porównaniu Artura – należy to robić tak, jak rozbudowuje się lotniska – o tematyczne terminale. A jeśli nie, budujmy nowe.

A.F.: Ten system trzeba zaprojektować „do przodu”. W tej chwili mamy zachorowalność na nowotwory na poziomie nieco poniżej 200 tys. rocznie, ale prognozy mówią, że w 2030 r. będziemy mieli już 250 tys. zachorowań. Czyli w perspektywie dekady czeka nas ponad 20-procentowy przyrost zachorowalności. A zatem nie klejmy tego, co mamy i co nie działa, ale zaprojektujmy coś, co będzie miało odpowiednią pojemność i zdolność przerobową na miarę wyzwań, jakie nas czekają za dziesięć lat. Skoncentrujmy środki, które są do wydania. Uważamy, że za 500 mln zł można wybudować szpital. Niech to będzie 800 mln. Jeśli rocznie na inwestycje mamy 3 mld, to możemy postawić cztery ośrodki. Mając tylko 3 mld! A jeśli dodamy do tego środki europejskie, to być może byłibyśmy w stanie wybudować sześć czy osiem placówek i w perspektywie pięciu lat mieć sieć nowo zorganizowanych, a częściowo nowo wybudowanych ośrodków, które zajmą się problemem chorób nowotworowych. Na tym polega ucieczka do przodu.

R.J.: Dziś sieć onkologiczna jest obliczona na trzydzieści kilka ośrodków i uważamy, że to wystarczy. Mielibyśmy dwa ośrodki pełnoprofilowe na województwo. To oczywiście będą potężne placówki, rozległe. Proszę zobaczyć, jak obecnie rozbudowują się centra onkologii w stolicy i we Wrocławiu.

Jak pomysł zlikwidowania onkologii w szpitalach powiatowych i skoncentrowania jej wyłącznie w dwóch placówkach w województwie ma się do dostępności leczenia?

A.F.: Trzeba zaprojektować system tak, żeby dostępność się poprawiła. Jak mówiliśmy: takie placówki skupiłyby najlepszych specjalistów. To jest kwestia talentu, ale i wprawy. Jeśli chirurg staje do operacji raka jelita grubego raz na dwa lata z wyjątkiem niedziel i świąt, cytując klasyka, to ona mu zajmie więcej czasu i zrobi ją gorzej niż chirurg, który takich operacji wykonuje codziennie jedną czy dwie.

R.J.: Pamiętajmy, że dziś często do szpitala powiatowego na taką trudniejszą operację jedzie gościnnie chirurg z centrum onkologii. To jest nieracjonalne. Reasumując wątek dostępności: już dziś pacjenci podróżują i potrafią jeździć do centrów onkologii z drugiego końca kraju. Nie mam najmniejszych wątpliwości, że do placówek, o których mówimy, również by jeździli. A dlaczego? Ponieważ wiedzieliby, że kiedy tam się zgłoszą, to na pewno nikt ich nie odeśle z kwitkiem. Problemem jest co innego – koordynacja. Trzeba poważnie odpowiedzieć na pytanie, gdzie się ma znajdować koordynator, co ma koordynować i kogo. Idea ustanowienia

instytucji koordynatora jest świetna. W tych ośrodkach, o których mówimy, to nie powinien być jeden koordynator, ale centrum informacyjno-logistyczne, do którego zgłasza się czy to lekarz POZ, czy lekarz ze szpitala powiatowego, czy sam pacjent, a algorytmy organizacyjne powodują, że wie, na jaki terminal ma się zgłosić – wracam do porównania Artura, które z punktu widzenia organizacji w ochronie zdrowia pasuje idealnie. Przez wielkie lotniska, takie jak Frankfurt czy Dubaj, przetaczają się miliony ludzi, samoloty startują i lądują bez przerwy, obsługuje się całe mnóstwo bagaży. To jest potężna logistyka. Ile tam jest zdarzeń organizacyjnych, a działa jak w zegarku. I wcale nie ma lotnisk powiatowych w każdej wsi...

Wraca pan do postulatu likwidacji onkologii w szpitalach powiatowych. Na pewno zdaje pan sobie sprawę, jak trudna politycznie byłaby to decyzja?

R.J.: Kontrowersyjna, oczywiście. Koncepcja, którą dziś przedstawiamy, jest trudna, ponieważ by ją zrealizować, potrzebne są poważne decyzje i wieloletnie inwestycje finansowe. Każdy rząd, który by powiedział: „Uciekamy do przodu. Robimy sieć wyspecjalizowanych ośrodków, skupiamy całą onkologię tylko w nich i finansujemy to po kokardę. To jest plan wieloletni i zaczynamy w tym roku”, musiałby wiedzieć, że prawdopodobnie nie on odbierze nagrodę za efekt. Ale patrząc nawet tylko przez wąski pryzmat osobistych korzyści – taki polityk powinien rozważyć, że być może sam jako pacjent w przyszłości będzie w takim świetnym ośrodku leczony.

A.F.: Dziś mamy narodową strategię onkologiczną, narodowy program zwalczania chorób nowotworowych i do tego jeszcze koncepcję sieci. To się wszystko rozłazi. Brakuje wizji, co konkretnie chcemy uzyskać. My mówimy, że trzeba się przeżegnać i powiedzieć: „Za dziesięć lat będziemy mieli sieć onkologiczną. Budujemy!” I nie cofać się.

R.J.: Myślę, że rząd ma bardzo dobrze zidentyfikowane ośrodki onkologiczne i doskonale wie, które są bardziej pełnoprofilowe, a które mają mniejszy potencjał. Minister zdrowia pracował nad tym długo, jeszcze kiedy był prezesem NFZ. Apelujemy o to, by dziś rozważył koncepcję stworzenia docelowo wyspecjalizowanych ośrodków. Kilkudziesięciu monoprofilowych, wysokospecjalistycznych jednostek, w których od a do z będą leczeni wszyscy pacjenci z podejrzeniem nowotworu albo z już zdiagnozowaną chorobą. To się będzie opłacało. To się przełoży na wyleczalność, na efektywność wydawania pieniędzy, na mnóstwo wskaźników. Mamy bazę onkologiczną i budując nowe szpitale, nie pogarszalibyśmy zdolności do udzielania świadczeń w centrach onkologii, do których dobudowywalibyśmy nowe terminale.

„Przy brakach personelu jest rzeczą oczywistą, że lekarz ma w danej chwili ważniejsze rzeczy do zrobienia – na przykład pomoc osobie, która jest w stanie krytycznym – niż przekazanie do centrum onkologii chorego, który został zdiagnozowany w poradni”

A.F.: Na koncepcję potrzeba roku – dwóch lat. Na wybudowanie szpitali – trzech. W pięć lat mamy sieć. R.J.: Dziś na świecie szpitale buduje się modułowo: przywozi się je ciężarówkami razem ze sprzętem. To kwestia uznania, że postawienie takich ośrodków jest priorytetem. Gdyby przyjąć naszą koncepcję, to efekty reformy na bazie już istniejących ośrodków, takich jak Warszawa, Wrocław i Lublin, można by uzyskać znacznie wcześniej – do roku. Ale obawiam się, że to się nie uda. Koncepcja wielopoziomowego potencjału sieci onkologicznej, którą dziś forsuje rząd, bazuje na tym, co jest, i daje możliwość uzyskania jakiegoś efektu szybko. Bo jakie efekty mamy z pilotażu?

Pacjenci są zadowoleni, bo w tych ośrodkach są obsługiwani sprawniej, a w dodatku mają koordynatorów.

R.J.: I infolinię – tak. To są pierwsze efekty pilotażu. A my mówimy o czymś zupełnie innym. O odważnym wyskoczeniu do przodu. Boję się, że każda władza będzie się tego obawiała, a jednocześnie wiem, że trzeba to zrobić i odważnie powiedzieć: „Centra onkologii powinny podlegać ministrowi i mieć finansowanie budżetowe”.

A.F.: Jeśli rzeczywiście system „unitowy” daje największe szanse na wyleczenie pacjentów, to zróbmy to. Postawmy „unitowe” szpitale, tak jak się to robi na świecie. Niestety u nas uwiąd decyzyjny w onkologii trwa od lat. Ile lat minęło od tamtego raportu Ernst & Young? Siedem! A od ocen AOTMiT? Dwa, trzy lata!

R.J.: To prawda, niemniej ja nie chciałbym kończyć naszej rozmowy pesymistycznie. Nie wiem kiedy, jednak uważam, że budowa „unitowej” onkologii w Polsce się wydarzy. Jednej rzeczy się nie da zatrzymać – umiłowania nauki. Nasi lekarze nie żyją zamknięci w bańce jak bohaterowie filmu „Seksmisja”. Czytają literaturę, jeżdżą po świecie i widzą, co się dzieje. Prędzej czy później prawdziwa reforma się dokona.

Rozmawiał Krystian Lurka