



Wolna amerykanka, czyli jak się leczy raka w Polsce

Około 40 proc. nowotworów litych jest operowanych w centrach z odpowiednim doświadczeniem. Chodzi o raka piersi, jelita grubego oraz żołądka. Większością, bo aż 60 proc., zajmują się placówki bez odpowiedniego przygotowania. Wykonuje się w nich od 3 do 6 operacji danego rodzaju rocznie.

Czy taniej oznacza dobrze?

Dzieje się tak, ponieważ wycena każdego rodzaju zabiegu jest dokładnie taka sama w wyspecjalizowanych ośrodkach oraz szpitalach o mniejszym doświadczeniu. Dominuje więc motywacja finansowa, a nie rzeczywista troska o wynik leczenia i dalsze rokowanie chorego. Sytuacji nie poprawił pakiet onkologiczny, który w ogóle nie uwzględnia jakości leczenia, w tym chirurgicznego. Choć karta DiLO ułatwia utrzymanie standardów, jeśli chodzi o terminy diagnostyki i leczenia, to nie powoduje, że faktyczne rozliczanie świadczeń jest łatwiejsze i korzystniejsze dla tych, którzy ich rzeczywiście udzielają.

Czy zawsze ekonomia jest najważniejsza? Nie do końca. Szpital,

który zleci ocenę patomorfologiczną w *outsourcingu*, płaci za nią 12 zł. Problem polega na tym, że z tej oceny często nie można się niczego dowiedzieć. Ale jest, szpital płaci i nikogo nie obchodzi, że niczemu ona nie służy, bo nie nadaje się do wykorzystania w dalszym procesie decyzyjnym. Brakuje wskaźników jakościowych, na przykład weryfikujących trafność rozpoznań, prezentujących wyniki pooperacyjne pod kątem powikłań i przeżyć odległych. O to apelujemy od lat.

Jak się leczy raka w Polsce?

Żaden pacjent w Polsce nie wie tak naprawdę, gdzie się leczyć, bo wyniki leczenia są tajne. Nie wiadomo, które placówki uzyskują lepsze rezultaty, a które gorsze. W Ho-

landii wszystkie ośrodki zajmujące się wykonywaniem wysokospecjalistycznych procedur co roku są poddawane audytowi, po którym wszyscy zainteresowani mają dostęp do informacji o wynikach leczenia. Jeżeli odbiegają one od przyjętej średniej, oddział szpitalny zostaje zamknięty. W Polsce właśnie jawność budzi największy sprzeciw, gdy tymczasem wyniki leczenia powinny być dostępne na stronie internetowej każdego ośrodka. Nie chodzi o podanie nazwiska lekarza, ale o informację na temat liczby przypadków poszczególnych rodzajów nowotworów leczonych w danej placówce. Jak wspomniałem na początku, są szpitale wykonujące 3 operacje raka żołądka rocznie i takie, które wykonują ich znacznie



„W Holandii wszystkie ośrodki zajmujące się wykonywaniem wysokospecjalistycznych procedur co roku są poddawane audytowi, po którym wszyscy zainteresowani mają dostęp do informacji o wynikach leczenia”

określonego rodzaju. Wszyscy zatem wiedzą o problemie, ale nikt nie chce go rozwiązać.

Sieć receptą na rozproszenie leczenia

Jaki ośrodek powinien leczyć raka? Część ośrodków akademickich spełnia kryteria placówki referencyjnej i założenia Krajowej Sieci Onkologicznej umożliwiając przystąpienie do niej takiemu szpitalowi. Rzeczywiście niektóre placówki kliniczne z dobrym skutkiem leczą na przykład nowotwory żołądka i mogłyby zostać włączone do sieci, ale nie jest prawdą, że tym leczeniem zajmuje się większość z nich. Wystarczy popatrzeć na rozliczenia kart DiLO. Leczenie onkologiczne jest bardzo rozproszone, prowadzi je ponad 2 tys. placówek. Koncentracja leczenia ponad 50 proc. przypadków raka odnosi się do ok. 40 wielospecjalistycznych ośrodków onkologicznych dysponujących chirurgią onkologiczną.

Z jakiego powodu koncentracja?

Wydaje się więc, że receptą na rozproszenie leczenia chirurgicznego jest administracyjne narzucenie liczby operacji, którą dana placówka powinna wykonać w ciągu roku, aby zyskać uprawnienie do ich przeprowadzania. Argumentem za takim rozwiązaniem jest troska zarówno o jakość leczenia, jak i jego ekonomię. Wiadomo bowiem, że taniej i lepiej jest inwestować w określony sprzęt w jednym

lub kilku miejscach niż w każdym szpitalu. Najważniejsza powinna być racjonalna ocena sytuacji, czyli realnych możliwości wykorzystania sprzętu, a nie partykularne ambicje ośrodka. Wiele jest przykładów szpitali, do których zakupiono drogi sprzęt, bo taka była moda, a pozostaje on niewykorzystany, bo brakuje doświadczenia w jego obsłudze, a pacjenci wybierają nogami inne placówki, o których słyszeli, że leczą lepiej. Koncentracja jest zasadna również w odniesieniu do patomorfologów, których ocena ma kluczowe znaczenie przy wyborze terapii. Przy tak trudnej sytuacji kadrowej, jaka istnieje w polskiej medycynie, inaczej się po prostu nie da. Patomorfologów jest mało, a tych z doświadczeniem dramatycznie mało. Niedobory kadrowe dotyczą również innych specjalizacji. Oczywiście centralizacja świadczeń nie musi obejmować wszystkich obszarów związanych z organizacją diagnostyki i leczenia, np. paliatywne leczenie systemowe (chemioterapia) powinno być prowadzone bliżej miejsca zamieszkania chorego. Podkreślę jednak, że jest zasadna z uwagi na małą liczbę lekarzy i pielęgniarek, na co wskazują raporty zarówno Komisji Europejskiej, jak i OECD. Dlatego powtórzę: administracyjna decyzja w sprawie centralizacji świadczeń wydaje się optymalnym rozwiązaniem obecnych problemów medycyny i pacjentów.

prof. Piotr Rutkowski

więcej. Narodowy Fundusz Zdrowia ma te dane. Wynika z nich, że raka żołądka operuje 312 ośrodków, przy czym mniej niż 9 zabiegów rocznie wykonuje się w 234, czyli 78 proc. Ile szpitali przeprowadza ponad 60 operacji rocznie? Zaledwie 9. Rak piersi jest operowany w 177 szpitalach. Raptem 22 przeprowadzają powyżej 250 zabiegów rocznie. W znakomitej większości lekarze wykonują jedynie 9 takich operacji w ciągu roku. Kolejny przykład? Rak jelita grubego. Te zabiegi wykonuje 443 świadczeniodawców. Ilu przeprowadza powyżej 100 operacji rocznie? – 29. Ilu wykonuje zaledwie 9 lub mniej tego typu operacji? – 172. Najgorzej sytuacja wygląda w województwach wielkopolskim, warmińsko-mazurskim, śląskim, podkarpackim, lubelskim i dolnośląskim. Tam tylko 25 proc. świadczeniodawców znajduje się powyżej progu ustanowionego przez NFZ, jeśli chodzi o liczbę wykonywanych zabiegów