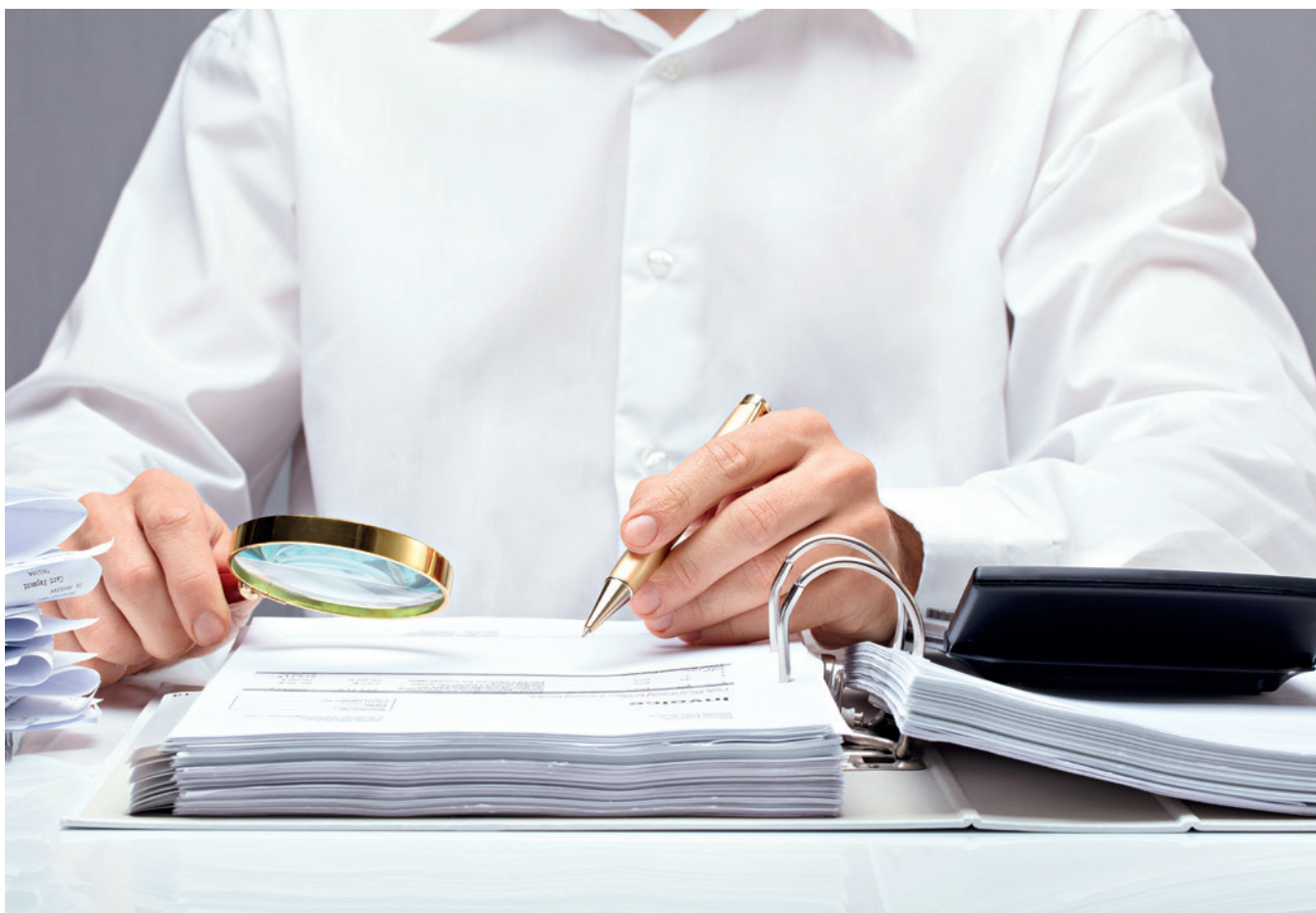


Projekt Krajowej Sieci Onkologicznej pod lupą



Fot. Adobe Stock

Po przeczytaniu projektu Krajowej Sieci Onkologicznej nasuwa mi się tylko jedna, smutna konstatacja – celem reformy nie jest poprawa dostępności świadczeń onkologicznych ani podniesienie ich jakości. Ukrytym celem jest raczej koncentracja środków finansowych na leczenie onkologiczne w wybranych – według nieprecyzyjnie określonych zasad – placówkach medycznych, a następnie dość swobodne sterowanie siecią tak w zakresie przynależności podmiotów, jak i wielkości finansowania.

RAFAŁ JANISZEWSKI

Termin zgłaszania uwag do projektu ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej już minął. Jestem rozczarowany, że było ich tak mało oraz że bardzo mało podmiotów i organizacji zgłosiło jakiegokolwiek uwagi. Z pewnością niezwykle racjonalne zastrzeżenia wniósł Inspektor Ochrony Danych Osobowych. Byłem również podbudowany konstruktywnym podejściem

jednej z organizacji pacjentów – Fundacji Alivia. Zabrakło mi natomiast stanowiska wielu organizacji pacjenckich, a przecież powinny być one żywo zainteresowane tym, jaka będzie konstrukcja sieci onkologicznej.

W leczeniu, diagnostyce i opiece onkologicznej kluczową rolę odgrywają pielęgniarki, dlatego ocze-

kiwałem, że to środowisko zgłosi swoje zastrzeżenia. Ze zdziwieniem i rozczarowaniem odebrałem informację, że pielęgniarki nie zgłaszają żadnych uwag do projektu.

Czytam go już któryś raz i próbuję zmierzyć się ze skatalogowaniem zmian, których należałoby dokonać, aby ustawa bardziej odpowiadała na potrzeby pacjentów. Dokument zupełnie pomija pacjenta! Jedyne udziały wymienione w ustawie to ocena satysfakcji z leczenia w danym ośrodku, choć i tu mam poważną wątpliwość. Projekt nie precyzuje, kto będzie opracowywał taką ankietę, czy będzie to jedna, wspólna ankieta dla wszystkich placówek, czy też każdy będzie tworzył własną. Brak doprecyzowania odpowiedzialności za treść oraz ocenę ankiet tym bardziej podkreśla fakt pominięcia pacjentów.

A skoro o pacjentach mowa, to uważam, że na ocenę ośrodków, które będą prowadziły leczenie onkologiczne, powinny mieć wpływ również organizacje pacjenckie. Skład Krajowej Rady Onkologicznej powinien być wzbogacony właśnie o ich przedstawicieli.

Również pomysł ustanawiania koordynatorów leczenia onkologicznego wydaje się mało trafny wobec narzuconego ustawowo limitu 40 pacjentów na koordynatora. To błąd. Po pierwsze powinno to być dostosowane do specyfiki ośrodka, a po drugie ustawa powinna wymuszać taką liczbę koordynatorów, aby każdy pacjent miał zapewnioną skuteczną i sprawną opiekę z ich strony.

Analizując samą konstrukcję sieci, dostrzegam kilka zagrożeń. Już w artykule 2 ustawy definicja opieki onkologicznej nie wskazuje na kompleksowość. Brakuje wielu ważnych obszarów terapeutycznych, takich jak opieka psychologiczna czy paliatywna. Najbardziej rażącym brakiem jest jednak na pewno rehabilitacja. Określone w ustawie centrum kompetencji również opisane jest niejasno, a jego definicja wydaje mi się bardzo ogólna. Nie wiadomo, na którym poziomie sieci ma być ono utworzone ani kto ma wykonywać te zadania. Może się zatem okazać, że lekarze będą musieli udzielać konsultacji na rzecz innych ośrodków w czasie swojej bieżącej pracy, co przy obecnych niedoborach kadrowych będzie stanowić istotne utrudnienie. Podobnie mało precyzyjnie opisane są ośrodki satelitarne. Wobec braku kryteriów kwalifikacji podmiotów leczniczych mogę zakładać, że będzie to uznaniowe. Ogólnie kwalifikacja poszczególnych poziomów została opisana poprzez rodzaj udzielanych świadczeń, ale łącząc to z intencją finansowania świadczeń onkologicznych wyłącznie w placówkach należących do sieci, obawiam się, że może to w istotny sposób zmniejszyć dostępność leczenia onkologicznego. Z leczeniem nowotworów styka się na co dzień praktycznie każdy chirurg. Często usuwa zmianę, a pobrany materiał wysyła do badania

„Dziwię się, że w trakcie konsultacji projektu nie wybrzmiał mocno głos wszystkich tych, którzy dzisiaj zajmują się leczeniem w dużych centrach onkologii”



Fot. Adobe Stock

histopatologicznego. Jeśli jego ośrodek nie zostanie zakwalifikowany do sieci, to rozumiem, że świadczenie to – w rozumieniu przepisów – nie będzie świadczeniem onkologicznym.

Kolejnym ważnym obszarem opisanym w ustawie jest ocena wskaźników jakości onkologicznej, jednak definicji tych mierników próżno szukać, a przecież odgrywają one kluczową rolę w sieci. Ich spełnianie będzie podstawą decyzji o kwalifikacji ośrodka do określonego poziomu finansowania.

Nie widziałem żadnych raportów czy wniosków z dotychczasowego pilotażu sieci onkologicznej, tymczasem miały one być podstawą do określenia możliwych do osiągnięcia celów sieci onkologicznej. Rozumiem, że z tego też wynika brak szczegółowych informacji o całości systemu monitorowania jakości. Projekt nie wskazuje, kto w centrach ma wykonywać zalecenia systemu monitorowania oraz jakie są kryteria tej jakości. Wojewódzki ośrodek monitorowania również nie został precyzyjnie zdefiniowany. Mogę się tylko domyślać, że ustawodawca nie oczekuje zbyt wielkiego wkładu pracy, skoro przeznaczona na ten cel 800 tys. zł rocznie. Z drugiej zaś strony zarysowane oczekiwania od WOM można rozumieć bardzo szeroko. Nie sądzę, aby przy tym budżecie było to wykonalne.

„ Nie widziałem żadnych raportów czy wniosków z dotychczasowego pilotażu sieci onkologicznej, tymczasem miały one być podstawą do określenia możliwych do osiągnięcia celów sieci onkologicznej ”



Fot. Adobe Stock

W każdym z terminów przywołanych w tej ustawie – ośrodków monitorowania, centrum kompetencji czy wszystkich trzech poziomów – brakuje mi precyzyjnych definicji.

Dostrzegam również braki systemowe. W samej definicji specjalistycznego ośrodka leczenia onkologicznego brakuje leczenia ambulatoryjnego, natomiast analizując po kolei poziomy – w SOLO pierwszego poziomu nie wydaje mi się możliwe zapewnienie pacjentom zespołów wielodyscyplinarnych, w tym chirurgów, onkologów, radioterapeutów, patologów, fizjoterapeutów i psychologów pod nadzorem SOLO poziomu trzeciego. W praktyce oznacza to przerzucenie obowiązku tych zasobów na SOLO poziomu trzeciego. Wobec niedoborów kadrowych w tych specjalizacjach jest to irracjonalne.

Kolejnym przykładem braku właściwej definicji jest opis ośrodka kooperacyjnego. Tylko z nazwy mogę domniemywać, co regulator miał na myśli. Sądzę, że chodziło o funkcję organizatora współpracy. Jeśli tak, to trzeba było to porządnie opisać: nadać kompetencje i odpowiedzialności lub przynajmniej wydelegować to do aktu wykonawczego.

W mojej ocenie w każdym z terminów przywołanych i utworzonych na gruncie ustawy brakuje precyzyjnego zdefiniowania i opisanego elementów sieci. Właśnie to budzi moje największe wątpliwości, bo tworząc poziomy ośrodków onkologicznych i chcąc je skoordynować, należy ich kompetencje oraz obowiązki opisać jak najbardziej szczegółowo.

Ustawa zakłada, że w ramach platformy P1 zostanie utworzony podsystem monitorujący zdarzenia związane z diagnostyką i leczeniem onkologicznym. To zadanie dość proste, gdyż już teraz podmioty lecznicze są zobowiązane do raportowania zdarzeń medycznych. Rozumiem zatem, że podsystem ten będzie agregować informacje od określonych świadczeniodawców. Jest to również źródło wiedzy dla elementów sieci (np. WOM) służącej

ocenie jakości. Tyle tylko, że tę jakość trzeba było na gruncie ustawy precyzyjnie opisać.

Naczelną jednostką sieci onkologicznej ustawodawca czyni Narodowy Instytut Onkologii. Ciekaw jestem, czy ten wybór był podyktowany jakimiś racjonalnymi przesłankami – na przykład najlepszymi w Polsce wskaźnikami jakości leczenia albo największymi zasobami do analiz i przetwarzania danych systemowych pozwalających monitorować i oceniać leczenie.

Trzeba podkreślić, że Krajowy Ośrodek Monitorowania jest w ustawie umiejscowiony de facto w podmiocie, który również wykonuje takie świadczenia. Narodowy Instytut Onkologii będzie zatem opracowywał mierniki i wskaźniki jakości, a za chwilę sam zostanie poddany takiej ocenie.

Lektura projektu Krajowej Sieci Onkologicznej nasuwa mi tylko jedną, smutną konstatację – celem reformy nie jest poprawa dostępności świadczeń onkologicznych ani podniesienie ich jakości. Ukrytym celem jest raczej koncentracja środków finansowych na leczenie onkologiczne w wybranych – według nieprecyzyjnie określonych zasad – placówkach medycznych, a następnie dość swobodne sterowanie siecią tak w zakresie przynależności podmiotów, jak i wielkości finansowania.

Dziwię się, że w trakcie konsultacji projektu nie wybrzmiał mocno głos wszystkich tych, którzy dzisiaj zajmują się leczeniem w dużych centrach onkologii, borykających się z problemami finansowymi i kadrowymi. Dziwię się również, że nie zajęły stanowiska liczne organizacje pacjentów na co dzień walczące o dostępność leczenia.

Rafał Janiszewski, właściciel kancelarii doradczej

Jeśli chcesz
ściągnąć projekt,
zeskanuj kod QR

