

ONKOLOGIA

Krajowa Sieć Onkologiczna – wpuszczeni w kanał

– Wyrzucić Krajową Sieć Onkologiczną (KSO) do kosza i przygotować nowy projekt?

Tak byłoby najprościej. Jeśli jednak powiedzielibyśmy, że sieć do niczego się nie nadaje, przepadłyby nam pieniądze z Unii Europejskiej – mówi prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem, specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej i radioterapii onkologicznej, wieloletni kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes zarządu Polskiej Ligi Walki z Rakiem, przewodniczący Central and East European Oncology Group.

Od początku mówił pan, że KSO nie rozwiąże problemów polskiej onkologii, tylko stworzy nowe. Poprzedni rząd poległ już na etapie pilotażu. Teraz Ministerstwo Zdrowia próbuje naprawić sytuację i przesuwa termin wprowadzenia KSO o rok. Czy da się uratować ten projekt?

To prawda, że od samego początku krytykowałem koncepcję tej sieci, mówiłem o jej licznych wadach. Nie odczuwam jednak satysfakcji, że miałem rację. Jeżeli chcemy poprawić jakość w medycynie, to trzeba się do tego odpowiednio zabrać. Popelniono duży błąd, zakładając, że można to osiągnąć przez utworzenie hierarchicznej struktury i w systemie nakazowo-rozdzielczym. Problemów w medycynie nie da się rozwiązywać dotknięciem czarodziejskiej różdżki. Nigdy natomiast nie kwestionowałem samej potrzeby powstania sieci onkologicznej. One istnieją w wielu krajach i spełniają swoją rolę na przykład poprzez współtworzenie i wspólną realizację dobrych standardów leczenia, tworzenie ogólnokrajowych baz danych czy działalność naukową. Potrzebna jest także organizacyjna integracja systemu. Ale te sieci mają charakter poziomy, a nie pionowy. Nikt nie widział sieci, która wygląda jak choinka. Takie struktury mają rację bytu na przykład w administracji, ale nie w medycynie. Krajowa Sieć Onkologiczna mogłaby być dobrym pomysłem, ale nie w tej formie, w jakiej ją zaplanowano.

Wielu pacjentów onkologicznych nie kryło rozczarowania, że KSO nie wejdzie zgodnie z zapowiedziami 1 kwietnia. Musimy czekać jeszcze rok...

Chorzy i ich organizacje często pytają, czy przesunięcie wprowadzenia KSO o rok jest dla nich zagrożeniem. Jest dokładnie odwrotnie. To odroczenie uratowało ich przed katastrofą. Nie można było zaimplementować KSO 1 kwietnia tego roku, ponieważ zupełnie jej nie przygotowano. Brakowało rozporządzeń czy systemu informatycznego do zbierania danych. Zapomniano



Fot. Dominik Sudołowski / Agencja Wyborcza.pl

Wiele szpitali mimo zachęt finansowych odmówiło udziału w pilotażu, a inne po początkowej zgodzie wycofały się z niego. Trudno liczyć na to, że po wdrożeniu KSO w skali kraju będzie inaczej

nawet o tak prozaicznej sprawie, jak wdrożenie elektronicznej karty DiLO, która jest konieczna do utworzenia ogólnopolskiej bazy danych. Zgodnie z obecną ustawą w systemie funkcjonuje papierowa wersja DiLO i jej zmiana na wersję elektroniczną wymaga odpowiedniej nowelizacji, czyli procedury angażującej Sejm, Senat i prezydenta. Taka procedura trwa z reguły kilka miesięcy.

Zgodnie z zapisami ustawy o KSO 1 kwietnia wszystkie podmioty, które są poza siecią, byłyby pozbawione refundacji świadczeń ze środków publicznych. Co zatem

szyla odbywały się sporadycznie. Nie rozumiem, dlaczego jednym z uczestników konsylium nie może być specjalista z jednostki niższego rzędu, który sprawuje bezpośrednią opiekę nad chorym. Tu rodzi się także pytanie, kto weźmie odpowiedzialność za decyzję terapeutyczną, w której nie uczestniczy lekarz wykonujący świadczenie. Pilotaż pokazał umiarkowany entuzjazm podmiotów leczniczych w województwach, w których był realizowany. Wiele szpitali mimo zachęt finansowych odmówiło w nim udziału, a inne po początkowej zgodzie wycofały się z niego, bo uznały, że w tej formie nie ma to sensu. Trudno liczyć na to, że po wdrożeniu sieci w skali kraju będzie inaczej.

Minister Izabela Leszczyna powiedziała, że 130 mln zł wydane na pilotaż to pieniądze wyrzucone w błoto.

Raport końcowy z pilotażu powstał ponad rok temu, ale ministerstwo go utajniło. Prawdopodobnie po to, żeby nie pokazać kompletnej porażki sztandarowego projektu PiS w dziedzinie ochrony zdrowia. Kiedy wreszcie minister Leszczyna go odtajniła, zobaczyliśmy punkt po punkcie, że żadnego z celów KSO nie udało się osiągnąć. Wydano więc w ciągu 4 lat 130 mln zł tylko po to, żeby się dowiedzieć, że nie da się zrealizować sieci. To było widać już po kilku miesiącach, a mimo to pilotaż kilkakrotnie przedłużano. Co więcej, obok Krajowej Sieci Kardiologicznej, modernizacji i restrukturyzacji szpitali oraz wdrożenia systemu jakości w ochronie zdrowia, poprzedni rząd wpisał KSO jako kamień milowy w Krajowym Planie Odbudowy. Pozostałe projekty są praktycznie niekmitnięte, więc przydział środków na ochronę zdrowia zawisł na wdrożeniu KSO. To są ogromne pieniądze, które się Polsce należą i które są potrzebne – także w onkologii. Jest jednak ogromne zagrożenie, że z powodu dużej niefrasobliwości poprzedniej ekipy po prostu je utracimy. W negocjacjach z Komisją Europejską nie możemy zrzucać winy na poprzedni rząd,

”

W ciągu 4 lat wydano 130 mln zł tylko po to, żeby się dowiedzieć, że nie da się zrealizować sieci. To było widać już po kilku miesiącach, a mimo to pilotaż kilkakrotnie przedłużano

bo władza wszędzie się zmienia i podobne argumenty zgłaszałyby także inne kraje wspólnoty.

Skoro pilotaż wykazał, że projekt KSO jest zły, to czy nie powinno się go wyrzucić do kosza i zaproponować czegoś zupełnie nowego?

Tak byłoby najprościej. Jeśli jednak powiedzielibyśmy to urzędnikom z Komisji Europejskiej, Polska nie otrzymałaby pieniędzy. Podczas kolejnych spotkań wyrażali oni daleko idące zaniepokojenie tym, co się dzieje z siecią, bo – jak wspominałem wcześniej – to jedyny projekt w ochronie zdrowia, o którym można rozmawiać. Mówiąc kolokwialnie: wpuściliśmy się w kanał i teraz bardzo trudno się z niego wy dostać. Ale się staramy! Uczestniczyłem w pierwszym spotkaniu na temat sieci, które zorganizowała minister Izabela Leszczyna. Zostali tam zaproszeni konsultanci w dziedzinach onkologicznych i ja jako „wolny strzelec”, a także pewnie jako osoba, która konsekwentnie wypowiadała się krytycznie o KSO. Paradoksalnie zaangażowałem się w jego ratowanie. Pracujemy nad tym społecznie w gronie kilku osób. Zaproponowaliśmy kilkadziesiąt zmian, które przywrócą mi sens, zwiększą szansę na wdrożenie i równocześnie nie będą kwestionowane przez Komisję Europejską. Trudno mi na razie mówić o konkretnych, bo najpierw musimy to przedstawić Ministerstwu Zdrowia. To jest eksperyment na żywym organizmie, do tego bardzo wrażliwym. Nie można powieścić błędów towarzyszących wdrażaniu w 2015 r. pakietu onkologicznego, które trzeba było później w pośpiechu poprawiać.

1 kwietnia 2025 r. KSO ma zostać wprowadzona w Polsce. Czy wystarczy rok na przygotowanie dobrego projektu?

Za rok sieć ma zaistnieć, ale to nie oznacza, że wszystkie jej elementy zostaną od razu wdrożone, bo ten proces potrwa dłużej. Nie da się zmiany systemowej wprowadzić jednym aktem wykonawczym. Przykładem jest – pakiet onkologiczny pojawił się 1 stycz-

nia 2015 r., przy czym rozwijał się latami, zmieniano go, modyfikowano. Na początku większość chorych była poza nim, stopniowo ich udział w pakiecie się zwiększał, ale z różnych powodów wielu nadal w nim nie ma. Takiej zmiany nie da się po prostu zadekretować, bo życie jest bardziej skomplikowane niż ustawy i rozporządzenia. Krajowa Sieć Onkologiczna ma objąć wszystkich chorych. Czy to się uda? Jeżeli przez prawie 10 lat nie udało się wszystkim chorych włączyć do pakietu, to jest to duże wyzwanie... W czterech województwach, które uczestniczyły w pilotażu, większość chorych była poza siecią. Łatwo zatem nie będzie.

Od czego by pan zaczął, gdyby to pan od początku budował KSO?

Celem sieci było stworzenie mechanizmu poprawiającego jakość opieki, a dzięki temu wyniki leczenia. Należało zatem skierować główny wysiłek na budowę czystego, sprawnego i opartego na EBM systemu monitorowania jakości. Użyć do tego sprawdzonych, zwalidowanych i nadających się do monitorowania wskaźników, a potem doskonalić system. Jeżeli na przykład poziom jakości w różnych instytucjach realizujących podobne świadczenia bardzo się różni, trzeba się przyrzec, jakie są tego przyczyny, i wprowadzić działania naprawcze, a po jakimś czasie sprawdzić, czy coś się zmieniło. Tak się to robi na świecie.

”

Popelniono duży błąd, zakładając, że można poprawić jakość w medycynie przez utworzenie hierarchicznej struktury i w systemie nakazowo-rozdzielczym

Trzeba wszakże pamiętać, że porównywać można tylko działania, które są porównywalne. W onkologii każdy nowotwór będzie wymagał odrębnych wskaźników jakości, więc monitorowanie najłatwiej jest realizować w jednorodnych grupach rozpoznaj. Oprócz tego ważne są także inne cechy badanej populacji, na przykład udział poszczególnych stopni zaawansowania w danej jednostce. Idealnym poletkiem doświadczalnym dla takich rozwiązań są tzw. unities narządowe, działające już w Polsce w raku piersi i raku jelita grubego. Dzi-

wić się, że nikt na to nie wpadł. Unitów prawie w ogóle w sieci nie widać, choć jest to optymalny, sprawdzony model opieki. Może dlatego, że w pilotażu skupiono się głównie na aspektach zarządczych, abstrahując od pozostałych rzeczy.

Jestem fanatycznie przywiązany do potrzeby kontroli jakości w medycynie. Aż trudno uwierzyć, że kontrolujemy jakość we wszystkich dziedzinach produkcji przemysłowej, nie mówiąc o lekach czy żywności, a do tej pory nie udało się w Polsce wprowadzić monitorowania jakości w medycynie. Nie tylko w onkologii, ale w żadnym obszarze ochrony zdrowia. Kontrola jakości odbywa się wyłącznie na początku procesu, czyli przy podpisywaniu kontraktu przez NFZ. Ale on jedynie sprawdza, czy jednostka ma warunki do wykonania świadczenia. Samego świadczenia nikt już później nie monitoruje, przyjmując do myślnie, że jest ono realizowane dobrze. Nie monitoruje się także wyniku, na przykład wyleczalności czy liczby powikłań. W takiej sytuacji każdy robi to po swojemu, często powielając błędy.

Jeżeli zatem KSO pozwoli monitorować i poprawiać jakość, to ja się pod tym podpisuję obiema rękami. Większość rozwiniętych krajów ma dobrze zorganizowany i opisany system kontroli jakości. W Polsce będzie to pionierskie rozwiązanie. Trudne, ale do zrobienia. I nie trzeba wywalać otwartych drzwi, bo są gotowe wzory i wskaźniki, które wystarczy zaadaptować. Najważniejsze, żeby ludzie zrozumieli, że bez jakości nie będzie wyników. Podejrzewam, że jej brak jest jedną z ważniejszych przyczyn gorszych rezultatów leczenia naszych pacjentów w porównaniu ze średnią unijną.

Często podkreśla pan, że zbyt rzadko mówi się o profilaktyce i wczesnej diagnostyce onkologicznej. Czy w KSO są rozwiązania, dzięki którym uda się to zmienić?

Nie, w KSO nie uwzględniono profilaktyki. Nawet diagnostyki jest niewiele. Sieć dotyczy praktycznie wyłącznie leczenia, bo miała służyć jego monitorowaniu. Uważam jednak, że wszyscy musimy pamiętać, że jeśli nie wprowadzimy w Polsce skutecznej, powszechnej profilaktyki, to system ochrony zdrowia nie poradzi sobie z nieuchronnie rosnącą liczbą zachorowań na nowotwory. Tu jest ogromnie dużo do zrobienia. Można naprawdę skutecznie zapobiegać nowotworom, bardzo istotnie zmniejszać ryzyko zachorowania, ale w Polsce nadal wygląda to kiepsko. Jesteśmy w europejskiej czołówce w paleniu tytoniu i spoży-

”

Można się domyślać, że KSO ma skupiać szpitale i oddziały onkologiczne. Ministerstwo obliczyło, że 7,5 tys. pacjentów z nowotworami leczy się poza nimi. Szpitale onkologiczne pękają w szwach. Kto przyjmie nagle tak ogromną liczbę nowych chorych?

waniu alkoholu. Brakuje skutecznej promocji zdrowej diety, aktywności fizycznej, szczepień przeciw wirusom związanym z nowotworami i innych zachowań prozdrowotnych. Co trzecie dziecko w Polsce ma nadwagę, a edukacja zdrowotna w szkołach prawie nie istnieje. Zawstydzająco mały jest udział osób uczestniczących w badaniach przesiewowych. Łatwiej jest w Polsce wprowadzić nowoczesną metodę leczenia niż zachęcić ludzi do zdrowego trybu życia. A od tego trzeba zacząć. Dlatego od lat staram się coś zrobić w tym obszarze. W 2006 r. zainicjowałem przygotowanie ustawy zakazującej palenia tytoniu w miejscach publicznych, którą po długiej batalii uchwalono w 2010 r. Teraz trzeba ją znowelizować, bo polskie ustawodawstwo nie nadąża za nowymi wyzwaniami. Tutaj także biorę udział w przygotowaniach propozycji rozwiązań.

Polska była kiedyś europejskim liderem w działaniach antytytoniowych, teraz stajemy się maruderem. Myślę, że mogłby to być sztandarowy projekt nowego rządu w ochronie zdrowia. Do tego dodałbym inne działania prozdrowotne. Nowotwory są w naszym kraju drugim zabójcą po chorobach układu sercowo-naczyniowego, a większość wspomnianych działań zmniejsza ryzyko w obu tych obszarach. Taki projekt można by pokazać podczas polskiej prezydencji w unii w przyszłym roku. To obecnie bardzo nośny temat i na pewno byłby dobrze przyjęty, ale pracę trzeba zacząć jak najszybciej.

Rozmawiała Dorota Mirska

5 kwietnia Kancelaria Prezydenta podała, że Andrzej Duda skierował do Trybunału Konstytucyjnego nowelizację ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. To kolejna ustawa wysłana do TK w związku z nieobecnością w Sejmie Mariusza Kamińskiego i Macieja Wąsika, których prezydent uważa za posłów.