

poprawy wyników leczenia chirurgicznego w konkretnych placówkach. Ponadto w zapisach o KSO znalazła się centralizacja leczenia chirurgicznego, która jest warunkiem zarówno efektywności kosztowej, jak i zwiększenia szans chorych na wyleczenie.

**Czy skoro planowane jest wprowadzenie rejestrów operacji poszczególnych narządów, specjalizacja z zakresu chirurgii onkologicznej zniknie?**

To pytanie do resortu zdrowia. Osobiście nie sądzę, by tak się stało. Chodzi o to, aby zabiegi były wykonywane dobrze. Mniejsze znaczenie ma to, jaki chirurg je przeprowadza. W Polsce funkcjonują znakomite ośrodki, w których pracują chirurdzy onkolodzy, i równie znakomite, w których operacje wykonują chirurdzy ogólni wyspecja-

lizowani narządowo. Z pewnością chirurgia zorganizowana narządowo stanowi przyszłość i tak się to na ogół potoczyło na świecie.

**W planach znajdzie się także reorganizacja badań profilaktycznych. Na czym ma polegać?**

Na zmianie systemu zapraszania do odbywania tych badań, czyli przejściu na zaproszenia elektroniczne lub SMS-y z obecnych zaproszeń listownych, które często lądują w koszach na śmieci, a także na wykorzystaniu mediów społecznościowych. Dobrze byłoby zaangażować w to także lekarzy POZ czy medycyny pracy. Inny przykład to częściowe przeprogramowanie badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, tak aby osoby, które nie chcą poddać się kolonoskopii, mogły wykonać początkowo badanie stolca na krew utajoną

metodą immunochemiczną. Warto też pomyśleć o szerszym stosowaniu niskodawkowego badania TK klatki piersiowej we wczesnym wykrywaniu raka płuca. Można wreszcie rozważyć wprowadzenie testu genetycznego w celu wczesnego wykrywania wirusa HPV oraz dobrowolnych, a z czasem obowiązkowych szczepień przeciw temu wirusowi. Dziś na szczepienia wydajemy 5 zł w przeliczeniu na jednego obywatela. Zapoczątkowanie szczepień przeciw HPV zwiększy te wydatki do 10 zł, ale to rozwiązanie należy do najbardziej efektywnych kosztowo interwencji zdrowotnych, bo pozwala uniknąć późniejszego drogiego leczenia, jakiego wymaga rak szyjki macicy. Nie mówiąc już o ogromnym zmniejszeniu śmiertelności w tym nowotworze.

*Rozmawiała Marta Koblańska*

## Pacjent wędrownik



Fot. PAP/Maciej Chmiel

Rozmowa z prof. Jackiem Jassemem, kierownikiem Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczącym Akademickiej Sieci Onkologicznej i prezesem Polskiej Ligi Walki z Rakiem

**Jak chory na nowotwór odnajduje się w systemie ochrony zdrowia?**

Nie odnajduje się albo ma z tym kłopot. Często w jednym ośrodku rozpoznaje się nowotwór, w innym wykonuje się jedną procedurę, w kolejnym drugą, w następnym trzecią i tak dalej. A zdarza się, że

obserwację po ukończeniu leczenia prowadzi lekarz z jeszcze innej instytucji. Chory wędruje więc od jednej instytucji do drugiej, często z plikiem skierowań w ręce, niepewny i z wątpliwościami, zagubiony w naszym skomplikowanym systemie opieki medycznej. Nie wie, który ośrodek jest najlepszy,

wybiera na podstawie zasłyszanych opinii. Sam organizuje sobie leczenie, nikt nie wskazuje mu najlepszej ścieżki postępowania ani nie bierze odpowiedzialności za cały proces.

**Co można zrobić, żeby to zmienić?**

Rozwiązaniem jest koordynowana opieka – system, w którym pełną ►



Fot. PAP/Jakub Kamiński

*„Porównywanie placówek? A dlaczego nie? Jeżeli ktoś jest przeciw, to znaczy, że ma coś do ukrycia”*

► odpowiedzialność za opiekę nad pacjentem bierze na siebie jeden ośrodek. Musi on przy tym spełniać wysokie kryteria jakościowe w zakresie infrastruktury i zasobów ludzkich oraz posiadać udokumentowane doświadczenie mierzone liczbą leczonych chorych. Pacjent jest tam prowadzony „za rękę” od rozpoznania poprzez diagnostykę, terapię do wychodzenia z choroby. Nie oznacza to jednak, że wszystko musi być realizowane w tym samym miejscu – to nierealne, bo wysokospecjalistyczne procedury diagnostyczne i lecznicze, np. PET czy radioterapię, wykonują tylko wybrane ośrodki. System zakłada możliwość

radioterapii czy programów lekowych. Dlaczego? Bo płacenie za konkretne świadczenia powoduje ich mnożenie oraz niepotrzebne i nieuzasadnione przedłużanie leczenia. Zdarza się, że dochodzi do nadużyć. Bo jeżeli świadczeniodawca otrzymuje wynagrodzenie za kolejne procedury, niezależnie od tego, czy one są potrzebne czy nie, to nie ma żadnych powodów, żeby ich nie mnożyć. Podam przykład: w Polsce u zaskakująco dużej liczby chorych na raka piersi leczenie chirurgiczne rozłożone jest na dwa etapy, choć nie ma powodów, aby nie zrobić tego raz a dobrze. System opieki koordynowanej będzie

mujących jakość, a także na obiektywne porównywanie instytucji.

**Porównywanie instytucji? Prawdopodobnie będzie to źle odebrane przez środowisko.**

A jakie są argumenty przeciw? Jeżeli ktoś jest przeciw, to znaczy, że ma coś do ukrycia. Prawdziwa cnota krytyk się nie boi.

**Czy rozmawiał pan na ten temat z decydentami?**

Spotkałem się z prezesem i wiceprezesem NFZ i namawiałem ich, żeby proces monitorowania jakości i kosztów prowadził płatnik. Nie wyobrażam sobie, żeby to świadczeniodawca raportował swoje dane, bo to jest pole do nadużyć. Musi je zbierać i analizować niezależna instytucja, jaką jest NFZ, tym bardziej że posiada je w swoich zasobach. NFZ powinien być także zobligowany do publikowania co roku tych danych – w ten sposób będą one dostępne w domenie publicznej jako informacja konsumencka. Chorzy będą mogli ocenić jakość świadczeń w poszczególnych ośrodkach i zdecydować, gdzie chcą się leczyć. Uważam, że działałoby to stymulująco na jakość, a równocześnie pozwalałoby pacjentom podjąć decyzję o wyborze ośrodka na podstawie racjonalnych kryteriów, a nie subiektywnych opinii innych chorych.

*Rozmawiał Krystian Lurka*

*„Chory wędruje od jednej instytucji do drugiej, często z plikiem skierowań w ręce, niepewny i z wątpliwościami”*

wykonywania niektórych świadczeń w innych jednostkach na podstawie umów konsorcyjnych. Ośrodek koordynujący musi jednak przejąć całkowitą odpowiedzialność za sprawne przeprowadzenie całego procesu i być z tego rozliczany.

**W jaki sposób miałyby być rozliczani?**

W opiece koordynowanej docelowo NFZ płaciłby ryczałtem za cały proces diagnostyczny lub leczniczy, a nie za poszczególne procedury, z wyjątkiem wysokokosztowych, które dotyczą części chorych, np.

do tego zniechęcał. I pozwoli na pokazanie jakości.

**Czy opieka koordynowana przyniesie oszczędności?**

W ostatecznym rachunku na pewno, bo wyższa skuteczność leczenia to niższe koszty. Przed ewentualnym wprowadzeniem zryczałtowanych opłat trzeba jednak w ramach pilotażu sprawdzić, ile kosztuje zestaw niezbędnych świadczeń. Przy okazji będzie się można przyjrzeć ewentualnym różnicom w poszczególnych ośrodkach. To pozwoli na wprowadzenie mechanizmów pro-