

Lublin, 14 grudnia 2014r.

**Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie Chirurgii Ogólnej
uzgodnione z Zarządem Głównym Towarzystwa Chirurgów Polskich
w sprawie pakietu onkologicznego.**

Stanowisko zostało wypracowane w trakcie posiedzenia Nadzoru Krajowego (spotkanie Konsultanta Krajowego z konsultantami wojewódzkimi w Warszawie dniu 19 listopada 2014 roku), oraz na posiedzeniu członków Zarządu Głównego TChP w Krakowie w dniu 11 grudnia 2014 roku)

Zgodnie z pismem z dnia 17 października 2014 roku o sygnaturze akt: MZ-AS-02212-3/SD/14, oraz w nawiązaniu do mojej odpowiedzi, jako Konsultanta Krajowego w dziedzinie Chirurgii Ogólnej z dnia 5 listopada 2014 roku, nie wniosłem zastrzeżeń formalnych do rozporządzenia Ministra Zdrowia odnośnie do strony merytorycznej tworzenia wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, w tym zasad organizacji pracy, czy składu osobowego zespołu wielospecjalistycznego decydującego o zakresie podejmowanych działań terapeutycznych w dziedzinie skojarzonego leczenia nowotworów, w tym nowotworów litych w zdecydowanej większości przypadków podlegających leczeniu chirurgicznemu. Jest to bardzo cenna i ważna inicjatywa, która w swoim zamierzeniu powinna się przyczynić do poprawy jakości leczenia chorych onkologicznych.

W opinii środowiska chirurgów ogólnych reprezentowanych przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie Chirurgii Ogólnej i Nadzór Krajowy w osobach konsultantów wojewódzkich, a także w oparciu o stanowisko członków Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów nasuwają się pakietu onkologicznego następujące wnioski:

- A. Mimo powszechnej akceptacji środowiska chirurgów ogólnych, wskazującej na pilną potrzebę restrukturyzacji systemowych rozwiązań w zakresie poprawy opieki pacjentów onkologicznych, większość chirurgów w Polsce uznaje, że "Projekt wdrożenia pakietu onkologicznego" nie do końca

został przygotowany z należytą starannością w zakresie organizacji całego procesu reformy. Jest wiele niewiadomych i wątpliwości budzących z troską całe środowisko.

- B. Bez znajomości wyników wstępnych symulacji zmian w funkcjonowaniu placówek, które miałyby się zajmować diagnostyką i terapią chorych z nowotworami, bez podobnych symulacji pod kątem zachowań i oczekiwań pacjentów onkologicznych, a także konsekwencji dla chorych cierpiących z powodu innych chorób, trudno jest o jednoznacznie pozytywną ocenę proponowanej reformy leczenia onkologicznego.
- C. Podobne wątpliwości wiążą się z brakiem danych na temat oszacowania wielkości, lokalizacji i dostępności zasobów sprzętowych i ludzkich niezbędnych do realizacji pakietu onkologicznego. Deficity w zakresie dostępności kadry medycznej różnych specjalności zaangażowanych w proces diagnostyki i terapii nowotworów, a także niedobór wystarczającej dostępności aparatury diagnostyczno-terapeutycznej są ewidentne, nawet bez szczegółowej analizy.
- D. Bardzo ważnym byłoby wykonanie odpowiednich kalkulacji kosztów i zysków związanych z wprowadzeniem pakietu onkologicznego. Planowane środki na realizację pakietu onkologicznego wydają się być wysoce niezadowalające i mogą nie gwarantować efektywnego zrealizowania całego projektu "Pakietu onkologicznego", a co za tym idzie przyczynić się do istotnej poprawy wyników leczenia chorych na nowotwory w Polsce. Wydaje się, że bez zwiększenia finansowych środków na realizację pakietu onkologicznego nie będzie możliwe osiągnięcie większej dostępności i bardziej efektywnego leczenia, oraz poprawienia komfortu leczenia pacjentów onkologicznych.
- E. Usprawnienie systemu z zakresu świadczenia usług onkologicznych nie może odbywać się kosztem innych pacjentów, jako niezgodne z zasadą równości wszystkich obywateli w Polsce.

Szczegółowa analiza dokonana na potrzeby własne – udziału w pakiecie onkologicznym II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego SPSK nr 1 w Lublinie, a także liczne sygnały

od konsultantów wojewódzkich w dziedzinie chirurgii ogólnej, oraz od chirurgów reprezentujących różne poziomy referencyjności – z rejonowych oddziałów chirurgii ogólnej, wojewódzkich oddziałów chirurgii ogólnej, czy jednostek akademickich; klinik chirurgii ogólnej i/lub klinik chirurgii narządowej realizujących świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgicznego leczenia nowotworów - skłoniły mnie, jako Konsultanta Krajowego w dziedzinie Chirurgii Ogólnej, a także w imieniu Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich do podzielenia się licznymi wątpliwościami w tym zakresie. Uwagi do pakietu onkologicznego (bez jednoznacznego wskazywania hierarchii ważności uwag) przedstawiam poniżej:

1. Przede wszystkim brak jest przepisów wykonawczych i rozwiązań dla problemów, które wynikają z wprowadzenia pakietu onkologicznego, czy pojawią się w trakcie realizacji pakietu dla poszczególnych pacjentów, np. jak zmienia się koordynatora, jak zmienia się ośrodek wykonujący poszczególne procedury, jak rozwiązuje się konflikty czasowe między pacjentem, a wykonawcą, itp. Również poza ogólną informacją o planowanej funkcji koordynatora, brak jest wiedzy jakie są wymagane warunki odnośnie przeszkolenia, kto może kandydować do funkcji, jaki jest zakres obowiązków koordynatora, itp?
2. Brak jest wytycznych odnośnie przygotowania organizacyjnego (kto, kiedy i gdzie drukuje, dystrybuuje i udostępnia Zieloną Kartę, kto kiedy i w jaki sposób ewidencjonuje zapisy na tej karcie?). Zupełnie pominięty jest okres szkoleń w jednostkach odnośnie planowanych zadań i zakresu obowiązków, które mają realizować świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne w kontekście pakietu onkologicznego, w tym wymogów wypełniania Zielonej Karty.
3. Brak jest wyceny postępowania diagnostycznego. Posługując się uśrednioną refundacją kosztów diagnostyki (ok. 1700 pln), która miała być odpowiednio skalowana w zależności od procedur wykonanych w ramach diagnostyki onkologicznej, a także uwzględniając, że w każdym roku rozpoznawanych jest około 150 tysięcy nowych przypadków nowotworów – tylko dla diagnostyki deklarowanej powyżej liczby nowotworów potrzeba $150\ 000 \times 1700\ \text{pln} = 255$

000 000 pln. Jeśli przyjąć deklarowaną skuteczność rzeczywistych rozpoznań onkologicznych na poziomie 1 przypadek zdiagnozowanego nowotworu na 15 pacjentów kwalifikowanych do diagnostycznej ścieżki onkologicznej, w budżecie państwa na ten cel powinno być zarezerwowana kwota 255 mln pln \times 15 = 3 825 000 000 pln. Całkowite środki przeznaczane na cele onkologiczne, to około 6,5 miliarda pln. Z powyższych szacunków wynika, że w celu rzeczywistej realizacji pakietu onkologicznego, tylko w zakresie kompleksowej diagnostyki onkologicznej powinno się zarezerwować w budżecie państwa polskiego dodatkowe 3-4 miliardy pln.

Jeśli przyjąć efektywność diagnostyki onkologicznej na poziomie 1:15, jak należy rozliczyć pozostałych 14 pacjentów, którzy potencjalnie skorzystają z szybkiej ścieżki diagnostycznej przewidzianej dla pakietu onkologicznego, mimo że nie rozpozna się u nich choroby nowotworowej? Rodzi to również wątpliwości w kontekście możliwości manipulacji i kierowania pacjentów do szybkiej ścieżki diagnostycznej, np. po identyfikacji jednego pacjenta z rozpoznaniem nowotworu, a następnym czterenastu wpisując wstępną diagnozę jako "podejrzanie nowotworu". W podeszłym wieku większość objawów np. ze strony układu pokarmowego może być zawsze podciągnięta jako sugerujących chorobę nowotorową.

4. W środowisku chirurgów ogólnych istnieje powszechna obawa, że realizacja procedur z pakietu onkologicznego odbędzie się kosztem przesunięcia środków z przeznaczonych na inne świadczenia zdrowotne, a nie poprzez istotne zwiększenia środków na pakiet onkologiczny, czy na całość Ochrony Zdrowia w Polsce. Tak już jest w przypadku pełnej odpłatności świadczeń zdrowotnych ratujących życie, czy indywidualnego rozliczenia procedur przekraczających standardowe koszty leczenia. Niestety odbywa się to kosztem procedur planowych w ramach tej samej wysokości kontraktów poszczególnych jednostek.

W chirurgii ogólnej ten problem jest szczególnie istotny, bowiem większość procedur operacyjnych jest wysoce niedoszacowana. Przesunięcie środków z chirurgicznych procedur nieonkologicznych na realizację pakietu onkologicznego tylko tą dysproporcją i wszelkie negatywne konsekwencje znacznie nasili. Nie znana jest również decyzja, w jaki sposób zostanie

rozwiązana refundacja nadwykonań wynikających z realizacji pakietu onkologicznego. W żadnej rezerwie budżetowej nie są przewidziane tak wysokie środki, aby można było ze spokojem patrzeć w najbliższą przyszłość.

5. Brak jest procedury opisującej precyzyjnie zasady utraty i ponownego przyznania "certyfikatu" na świadczenie usług w ramach pakietu onkologicznego.
6. Brak jest również odpowiednich programów komputerowych, co niestety spowoduje obarczenie oddziałów chirurgicznych dodatkową pracą ewidencyjną związaną z rozliczeniami pakietu onkologicznego. Oprócz sprawozdania grupy JGP, teraz trzeba będzie jeszcze wskazywać procedurę chirurgiczną z zakresu określonego dla pakietu onkologicznego.
7. Znacząca część procedur z zakresu chirurgicznego leczenia nowotworów wykonywana jest w oddziałach chirurgii ogólnej, a nie w oddziałach chirurgii onkologicznej. Wg danych z Ministerstwa Zdrowia przedstawianych podczas jednego ze spotkań w sprawie pakietu onkologicznego (posiedzenie w MZ z inicjatywy przewodniczącego Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia), oddziały chirurgii ogólnej wykonują około 85% wszystkich procedur onkologicznych w odniesieniu do wszystkich guzów litych. W zakresie nowotworów przewodu pokarmowego odsetek procedur chirurgicznego leczenia nowotworów w oddziałach chirurgii ogólnej jest jeszcze wyższy.

Biorąc pod uwagę dane przedstawione powyżej należy pamiętać, że oddziały chirurgii ogólnej w znacznej części przypadków nie spełniają warunków pakietu onkologicznego w zakresie zapewnienia pełnej, kompleksowej diagnostyki w krótkim czasie. Z reguły również nie posiadają lub nie mają stałej współpracy z ośrodkiem radioterapii. W moim przekonaniu spowoduje to, że część oddziałów chirurgii ogólnej będzie poszkodowana.

Wg ordynatorów oddziałów chirurgii ogólnej, a także w powszechnej opinii konsultantów wojewódzkich w dziedzinie chirurgii ogólnej oddziały chirurgii ogólnej na terenie naszego kraju nie mogą zrezygnować z chirurgii przypadków nowotworowych, a jednocześnie nie będą mogły występować o refundację w ramach pakietu onkologicznego. Taka sytuacja będzie dotyczyć znacznej części oddziałów chirurgii ogólnej w miastach, gdzie nie ma ośrodków radioterapii, bardzo często również z ograniczonym dostępem do

pracowni histopatologii.

Zaistniała sytuacja nie wynika z winy ośrodków terenowych. Merytorycznie nie do przyjęcia wydaje się być zbyt krótki okres wprowadzania pakietu onkologicznego, który w zdecydowanej większości szpitali, oraz oddziałów chirurgii nie pozwala na adekwatne zorganizowanie dodatkowych pracowni histopatologii (ze szczególnym zwróceniem uwagi na kwalifikacje w zakresie szybkiej oceny materiału tkankowego – histologicznego, ale przede wszystkim cytologicznego), ośrodków szybkiej diagnostyki endoskopowej, czy pracowni badań obrazowych ani, tym bardziej ośrodków radioterapii.

8. Na podstawie doświadczeń wynikających z codziennej praktyki klinicznej skojarzonego leczenia nowotworów wynika, że ośrodki radioterapii są już dziś – jeszcze przed wprowadzeniem pakietu onkologicznego tak obciążone pracą, że z reguły nie będą w stanie, w wymaganym przez pakiet czasie, obsłużyć pacjentów przysyłanych z regionalnych, często odległych ośrodków chirurgicznych. Wynika to poczęści z dostępności ośrodków radioterapii, a także z realnej liczby radioterapeutów w Polsce (specjalność wysoce deficytowa, podobnie jak dla histopatologów). Również trudno sobie wyobrazić radioterapeutów przyjeżdżających na wymagane w pakiecie konsylia do dziesiątków szpitali posiadających oddziały chirurgiczne realizujące procedury onkologiczne.

Wg danych z Ministerstwa Zdrowia przedstawianych w trakcie wyżej wymienionego spotkania wyposażenie w aparaturę medyczną ośrodków radioterapii jest dalekie od zakładanych standardów, a aparatura w znacznej części jest przestarzała. Nadal pozostają niezaspokojone potrzeby zwiększenia liczby aparatów do radioterapii, które zostały określone przez Ministerstwo Zdrowia na poziomie 1 aparat do rtg-terapii na 200 tysięcy mieszkańców. Wprowadzenie pakietu onkologicznego i przestrzeganie terminowego rozpoczęcia leczenia skojarzonego, obejmującego radioterapię spowoduje jeszcze większe zapotrzebowanie w tym zakresie. Do pilnego rozwiązania pozostaje dostępność radioterapeutów we wszystkich interdyscyplinarnych konsyliach lekarskich. Z troską Konsultanta Krajowego w dziedzinie Chirurgii Ogólnej, a także Zarządu Głównego TChP budzi sprawa wielokrotnego zatrudnienia lekarzy jednocześnie w różnych miejscach pracy.

Sprawa ta była wielokrotnie krytykowana w mediach, jako niedopuszczalna. Przykładem mogą być swego czasu: afera ginekologiczno-położnicza, czy problem wielomiejscowego dyżurowania lekarzy różnych specjalności.

Ten problem jest także szerzej dyskutowany pod kątem możliwości systemowego zorganizowania odpowiedniej liczby zespołów tworzących wielospecjalistyczne konsylia terapeutyczne w perspektywie całego kraju. Często stawiane są więc pytania, czy były w związku z tym prowadzone jakiegokolwiek szacunki dostępności wystarczającej liczby specjalistów (np. psychologów klinicznych zajmujących się onkologią, onkologów klinicznych, radioterapeutów, patomorfologów itp.), tak aby system opieki wielodyscyplinarnej był w stanie skutecznie i jednocześnie bezpiecznie dla pacjentów funkcjonować?

W licznych kontaktach z grupą zawodową specjalistów w zakresie patomorfologii zwracano również uwagę na brak odpowiedniej liczby patologów, jako specjalności wysoce deficytowej, ze średnią wieku na poziomie okołoemerytalnym! Innym problemem budzącym nasz niepokój jako środowiska chirurgów jest fakt braku odrębnej refundacji kosztów diagnostyki histopatologicznej, w tym bardziej wysublimowanych technik diagnostyki molekularnej, czy badań immunohistochemicznych. W powszechnej opinii obu grup zawodowych chirurgów i patomorfologów refundacja kosztów nowoczesnej diagnostyki patomorfologicznej nie może odbywać się w ramach wyceny tej samej procedury - łącznie z leczeniem operacyjnym, kosztem refundacji wydatków poniesionych na procedury chirurgiczne. Ten problem powinien być systemowo, definitywnie rozwiązany jeszcze przed wprowadzeniem pakietu onkologicznego.

9. Szpitale z oddziałami chirurgii ogólnej bez "certyfikatu" na świadczenia rozliczane w ramach pakietu onkologicznego będą oferowały pacjentom usługi na dotychczasowych zasadach. Szczególnie chodzi tu o czas postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w jednostkach realizujących świadczenia poza pakietem w kontekście wielomiesięcznych kolejek do diagnostyki i leczenia. Świadczenia te będą również rozliczane na bieżących zasadach czyli w ramach aktualnych limitów NFZ. Powyższe uwarunkowania hipotetycznie spowodują następującą sytuację: pacjenci onkologiczni wiedząc,

że w "ich" szpitalu nie będą szybko obsłużeni (bo brak certyfikatu), będą szturmowali ośrodki z certyfikatami.

W związku z tym zachodzi duże ryzyko, że ośrodki z certyfikatami "pakietu onkologicznego" nie będą się w stanie podjąć diagnostyki i terapii zasadniczo zwiększonej liczby pacjentów. W celu obsłużenia dodatkowych pacjentów onkologicznych, oddziały realizujące pakiety kolejkowe będą zmuszone do odmowy przyjęcia części pacjentów nieonkologicznych, którzy jednak potrzebują pomocy. Trudno sobie wyobrazić, odsyłanie takich pacjentów do odległych ośrodków, które nie mają certyfikatu na pakiet onkologiczny.

W powszechnej opinii zainteresowanych oddziałów chirurgii ogólnej taka sytuacja wymaga zasadniczych, wręcz strukturalnych ruchów organizacyjnych w Ochronie Zdrowia.

Jako Konsultant Krajowy w dziedzinie Chirurgii Ogólnej pragnę zwrócić uwagę, że w znaczącej części jednostek szpitalnych i oddziałów chirurgii zakontraktowanych przez NFZ bez pakietu onkologicznego, w wielu wypadkach będzie pracowała wysoko kwalifikowana kadra chirurgów z dużym doświadczeniem onkologicznym, której umiejętności praktyczne nie będą przez system Ochrony Zdrowia efektywnie wykorzystywane.

10. Mając bezpośredni kontakt również z przedstawicielami (dyrektorami i lekarzami) jednostek dysponujących pełną dostępnością do kompleksowej diagnostyki i skojarzonego leczenia nowotworów zarówno w szpitalach ogólnomedycznych, jak też w szpitalach onkologicznych sprofilowanych wyłącznie na procedury onkologiczne jednoznacznie podkreśla się, że realizacja kontraktów w ramach pakietu onkologicznego wiąże się z wysokim ryzykiem niedoszacowania kosztów świadczenia procedur diagnostycznych i terapeutycznych z zakresu onkologii, a co za tym z prawdopodobieństwem ponoszenia strat przez poszczególne jednostki szpitalne, czy oddziały realizujące pakiet onkologiczny. Stanowisko to reprezentują zarówno jednostki akademickie Uniwersytetów Medycznych, Instytutów Onkologii, jak też Szpitale Specjalistyczne i Szpitale Rejonowe.
11. Pakiet onkologiczny zakłada, że chory onkologiczny jest „posiadaczem” wyłącznie i jedynie choroby nowotworowej. W oparciu o dane epidemiologiczne o stanie zdrowia Polaków, przeciętny pacjent z chorobą

nowotworową to osoba w wieku średnio ≥ 65 lat, z reguły jest dodatkowo obciążona 5-7 innymi zespołami chorobowymi.

Przykładowo jeżeli pacjent jest np. po operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG) - to mając uprawnienia wynikające z posiadania Zielonej Karty przed planowaną operacją onkologiczną (także i po niej) - z zasady założeń terminowego przestrzegania całości procedury pakietu onkologicznego będzie „wypychał z dostępu” do badań obrazowych (np. echo serca, Holter itp) oraz konsultacji specjalistycznych przed i po operacyjnych chorych z chorobami kardiologicznymi. Podobne problemy powstaną przy zaopatrywaniu chorych z nowotworem i dodatkowo z inną chorobą.

Ten problem absolutnie wymaga wyjaśnienia, pod kątem braku dyskryminacji, czy preferencji jednej grupy pacjentów przez inną, w tym przypadku faworyzowania chorych onkologicznych kosztem pacjentów z chorobami nienowotworowymi. Należy się spodziewać sprzeciwu Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznika Praw Obywatelskich, a także lawiny pozwów pacjentów narażanych na utratę zdrowia lub utratę życia wymagających diagnostyki, czy terapii z innych niż nowotworowa przyczyn. Nierówność traktowania wszystkich obywateli Państwa Polskiego przez system opieki zdrowotnej jest najczęściej poruszonym problemem przez pacjentów chirurgicznych. Ten problem również wymaga pilnego przeanalizowania – odnośnie równego traktowania wszystkich pacjentów niezależnie od rozpoznania. Generalnie, mimo olbrzymich nadziei pokładanych przez pacjentów i całe środowisko chirurgów we wprowadzenie pakietu onkologicznego, odbiór społeczny, poza grupą pacjentów onkologicznych, jest w tym zakresie sceptyczny, z zasadniczą obawą pacjentów i z dużą troską chirurgów o nierówność szans na leczenie chorób nienowotworowych, też stanowiących zagrożenie dla zdrowia, czy życia chorych.

12. Pilnego wyjaśnienia wymaga procedura wystawiania „Zielonej Karty”. Czy te uprawnienia będzie posiadał wyłącznie lekarz rodzinny? Jakiej procedury powinien przestrzegać lekarz specjalista pracujący w ramach w NFZ w poradni specjalistycznej np. urolog podczas badania „per rectum”, który rozpoznaje klinicznie raka odbytnicy – czy powinien skierować chorego „z powrotem” do lekarza rodzinnego? Jak mają postępować lekarze w gabinecie

prywatnym czy w Niepublicznym – ZOZ, gdzie część pacjentów z podejrzeniem, lub ewidentnym nowotworem będzie trafiała?

13. Wyjaśnienia wymaga również sprawa jak długo obowiązuje ważność Zielonej Karty, czy w każdym przypadku występuje równoważność uprawnień chirurga ogólnego i chirurga onkologicznego, kto będzie realizował świadczenia chirurgiczne w zakresie ostrych przypadków onkologicznych wymagających operacji w trybie pilnym (oddział z pakietem onkologicznym, czy bez pakietu)? Absolutnie do wyjaśnienia pozostaje w kontekście pakietu onkologicznego sprawa refundacji kosztów diagnostyki i leczenia (w tym paliatywnego, czy objawowego) pacjentów, gdy zaawansowanie choroby nie rokuje leczenia radykalnego albo przekracza ono możliwości biologiczne chorego?

Prof. dr hab. med. Grzegorz Wallner

Konsultant Krajowy w dziedzinie Chirurgii Ogólnej
Prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich