

Fot. archiwum



W lutym br. na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej<sup>1</sup>, w województwach dolnośląskim oraz świętokrzyskim wprowadzono nowe rozwiązania organizacyjne w opiece onkologicznej. Kolejnym krokiem jest wdrożenie ich w całym kraju (Krajowa Sieć Onkologiczna<sup>2</sup>).

W ciągu pierwszych dwóch miesięcy działania pilotażu, opieką objęto około 200<sup>3</sup> pacjentów.

Działania pilotażowe opierają się na trzech filarach: zapewnienie pacjentom wsparcia i dostępu do informacji, wypracowanie standardów współpracy między szpitalami oraz stworzenie regionalnego rejestru onkologicznego. Określenie tych właśnie filarów wynikało z analiz, jakie przeprowadziła m.in. Najwyższa Izba Kontroli<sup>4</sup>, która wielokrotnie wskazywała na to, że w Polsce mamy problem z nadmiernym rozproszeniem opieki onkologicznej oraz brakiem monitorowania jej skuteczności i jakości. Z kolei organizacje pacjentów skarżyły się na brak obiektywnych informacji o poziomie opieki w danej placówce oraz na brak możliwości oceny opieki z punktu widzenia pacjenta<sup>5</sup>.

W ramach pierwszego filaru w każdym z województw uruchomiono infolinię onkologiczną, a każdy pacjent otrzymuje koordynatora opieki onkologicznej (opiekuna) już od momentu rozpoczęcia diagnostyki (zmiana w stosunku do pakietu onkologicznego). Zadaniem infolinii jest umożliwienie pacjentowi uzyskania informacji, jak postępować w przypadku podejrzenia nowotworu i umówienia pierwszej wizyty u specjalisty z zakresu onkologii lub pulmonologii. Pierwsze doświadczenia pokazują, że szpitale mają trudność z przekazywaniem do ośrodka koordynującego, gdzie zlokalizowana jest infolinia, informacji o wolnych terminach wizyt. Koordynatorzy, którzy bezpośrednio (również telefonicznie lub mailowo) kontaktują się z pacjentem, mają pomóc sprawnie przeprowadzić jego proces diagnostyki i później leczenia. Ponadto pacjenci mogą – za pośrednictwem ankiety satysfakcji – ocenić jakość opieki medycznej, leczenia szpitalnego i zakres otrzymanych informacji.

Drugi filar dotyczy zasad współpracy ośrodków onkologicznych włączonych do sieci. Celem tej współpracy jest skrócenie czasu diagnostyki oraz czasu od diagnozy do podjęcia leczenia, a także zapewnienie pacjentom optymalnej terapii onkologicznej. Dlatego w ośrodkach, które nie mogą zapewnić konsyliów z pełnym składem lekarzy, będą zwoływane konsylia ze wsparciem lekarzy z innych ośrodków. Postępowanie diagnostyczne (przede wszystkim badanie histopatologiczne) i terapeutyczne będzie podejmowane w oparciu o szablony, które opracowali wspólnie konsultanci wojewódzcy i specjaliści z ośrodków włączonych do pilotażu, na podstawie raportów synoptycznych i międzynarodowych wytycznych<sup>6</sup>.

Z kolei trzeci filar pilotażu zakłada pełną transparentność systemu opieki onkologicznej, ponieważ po raz pierwszy monitorowana będzie jakość procesu diagnostyki i leczenia onkologicznego. Będzie to możliwe dzięki połączeniu medycznych baz danych szpitali i analizowaniu ich pod kątem konkretnych zagadnień. Jednocześnie rozszerzono zakres danych, które wprowadzają szpitale, przede wszystkim o stopień zaawansowania nowotworu<sup>7</sup>, wynik badania histopatologicznego oraz informacje o stanie ogólnym pacjenta. Jakość opieki w szpitalach oceniana będzie za pomocą 35 różnych mierników.

Podczas pilotażu analizie podlegać będzie także realizacja niezbędnych etapów diagnostyki i leczenia. Na przykład w raku płuca będzie monitorowany sposób przygotowania pacjenta do chwili podjęcia decyzji terapeutycznej (konsylium). Oceniany będzie czas realizacji i kompletność badania TK klatki piersiowej, bronchoskopii, opis stanu ogólnego, itd. To są podstawowe,

1 Dz.U. 2018 poz. 2423

2 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/koncepcja-organizacji-i-funkcjonowania-krajowej-sieci-onkologicznej>

3 Dane z 01.03.2019 r. z województwa dolnośląskiego

4 Najwyższa Izba Kontroli, Informacja o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego”, 2017

5 Fundacja MY Pacjenci, Raport „Bezpieczny pacjent – kierunki koniecznych zmian systemowych”, 2017

6 National Comprehensive Cancer Network, European Cancer Organisation i European Society for Medical Oncology

7 Według klasyfikacji TNM rewizja 7

oczywiste dla wszystkich etapy diagnostyki, a jednak wielu pacjentów trafia obecnie na konsylia bez wszystkich badań, co wydłuża czas opieki onkologicznej i utrudnia uzyskanie dobrego wyniku leczenia. Dodatkowo ocenie będzie podlegać sposób realizacji konkretnych zaleceń, które są również związane z obowiązującymi, opublikowanymi wytycznymi klinicznymi, np. w raku jajnika będzie sprawdzana efektywność zabiegu operacyjnego, a w raku odbytnicy będziemy dążyć do zwiększenia odsetka chorych leczonych z zastosowaniem radioterapii przedoperacyjnej.

W efekcie wszystkich tych działań otrzymamy informacje na temat faktycznej, a nie deklarowanej, jakości i dostępności do opieki onkologicznej w Polsce.

**dr hab. n. med. Adam Maciejczyk**

Przewodniczący Zarządu Głównego PTO

Dyrektor Ośrodka Koordynującego Krajowej  
Sieci Onkologicznej w województwie dolnośląskim