

 Renata Furman, 2014-10-02 07:02

Jak skuteczniej walczyć z rakiem piersi?



O idei Breast Cancer Unit, projekcie NFZ, możliwościach systemu i oczekiwaniach środowiska medycznego wobec wprowadzenia skoordynowanej opieki nad pacjentkami z rakiem piersi rozmawiali Joanna Startek z centrali NFZ, prof. Janusz Jaśkiewicz i prof. Tadeusz Pieńkowski.

O idei Breast Cancer Unit, projekcie NFZ, możliwościach systemu i oczekiwaniach środowiska medycznego wobec wprowadzenia skoordynowanej opieki nad pacjentkami z rakiem piersi rozmawiali Joanna Startek z centrali NFZ, prof. Janusz Jaśkiewicz i prof. Tadeusz Pieńkowski.

Dlaczego właśnie rak piersi został wybrany przez NFZ jako pierwszy do wprowadzenia model skoordynowanej opieki onkologicznej? – W przypadku raka piersi leczenie dotyczy dużej homogennej populacji. Jakość i skuteczność leczenia są w Polsce oceniane w sposób niedostateczny. NFZ jako płatnik nie prowadzi takich badań, chciałby wiedzieć, jaka jest efektywność leczenia w ramach środków przeznaczanych co roku ze składek ubezpieczonych.

Chcielibyśmy tę efektywność zwiększyć, a chorym maksymalnie skrócić czas od postawienia diagnozy do rozpoczęcia właściwego leczenia, ułatwić przebieg terapii i standard opieki oraz polepszyć jakość życia szczególnie w tym trudnym dla nich okresie. Projekt nasz zmierza w kierunku zgodnym z określonym przez ministra zdrowia, ale też postulowanym przez środowisko medyczne, tzn. opieki skoordynowanej i kompleksowej – poinformowała Joanna Startek.

Wagę takiej właśnie skoordynowanej opieki podkreślił prof. Janusz Jaśkiewicz: – Aby umieralność na raka piersi spadała w tempie szybszym, niż dotychczasowe, postępowanie z pacjentką nie może być rozproszone, musi się odbywać pod jednymi skrzydłami opiekuńczymi, choć niekoniecznie pod jednym dachem. Chorą powinien się zajmować specjalny zespół ds. diagnostyki i leczenia raka piersi, który będzie działał w oparciu o konkretne, opisane standardy. Takie rozumienie istoty BCU podtrzymała J. Startek: – Taką właśnie, nierozproszoną ideę leczenia zaproponował Fundusz. Określiliśmy wymagania wobec specjalistów patomorfologów, chirurgów, którzy muszą wykonać co najmniej 100 operacji raka pierwotnego w ostatnich 12 miesiącach, radiologów, którzy powinni oceniać minimum 1000 badań obrazowych rocznie. Musimy stawiać tak wysokie wymagania, jeśli chcemy otrzymać skuteczne, ale i kompleksowe leczenie. Jeśli chirurg w małym ośrodku wykonuje kilka operacji raka piersi rocznie, to nawet jeśli to leczenie jest na właściwym poziomie, to następnie pacjentka jest odsyłana na leczenie chemioterapią czy radioterapią do innej, często odległej placówki. Taka chora ginie w systemie. Brakuje elementu koordynacji całego procesu jej leczenia – przekonywała J. Startek. Jak podkreślił prof. Jaśkiewicz, europejskie, ale także polskie towarzystwa naukowe opracowały projekt BCU, który określa pełną opiekę nad pacjentką: od profilaktyki, poprzez diagnostykę, leczenie, po kontrolę. NFZ w swoim projekcie skupił się na leczeniu, przede wszystkim leczeniu chirurgicznym oraz koordynacji całego procesu leczenia związanego z leczeniem chemioterapią i radioterapią.

Odnosząc się do szczegółów projektu NFZ, prof. Pieńkowski przyznał, że jego największe obawy budzi część dotycząca badania histopatologicznego. – Wydaje się, że sztywne propozycje formularza będą się rozmięgały z wymogami praktyki klinicznej i doprowadzały do trudnych sytuacji w przypadku kontroli NFZ, kiedy to działania niezbędne z punktu widzenia kliniki mogą być kwestionowane, a tym samym nie będą finansowane przez płatnika – stwierdził prof. Pieńkowski. Dodał jednocześnie, że wydatki na zdrowie powinny być wreszcie postrzegane jako długoterminowa inwestycja. – Kobieta, u której

rozpoznano raka piersi, żyje jeszcze średnio 20 lat. Biorąc pod uwagę, że w Polsce kobiety żyją ok. 80 lat, jedna czwarta życia naszej pacjentki to życie po raku. Trzeba więc zrobić wszystko, żeby to życie było odpowiedniej jakości. To oczywiście dotyczy całości działań obszaru państwa. Opieka socjalna, aktywizacja zawodowa, system kształcenia, przeciwdziałanie syndromom zespołu stygmatyzowania – wyzwania jest wiele i wiele obszarów, które czekają na regulacje prawne. – tłumaczył.

Wracając do szczegółów projektu NFZ, prof. Jaśkiewicz zwrócił uwagę na wymogi dotyczące sprawozdawczości. – Ich spełnienie wymaga przeszkolenia personelu i generuje koszty. Oczywiście wymogi jakościowe są niezbędne. Placówki medyczne mają różne systemy, a dane sprawozdawcze będą musiały być dostarczane do systemu SIMP. Koszty ujednoczenia spadną na ośrodki medyczne. Warto także, aby dane, jakie znajdują się w posiadaniu narodowego płatnika, służyły nie tylko rozliczeniom finansowym, ale stały się podstawą wprowadzenia obszaru transparentności jakości.

Także prof. Pieńkowski podkreślił, jak ważne jest, aby ośrodki wzajemnie znały efekty swojej pracy. Konieczne jest więc stworzenie odpowiedniego systemu, dzięki któremu ośrodki mogłyby się konfrontować. Ocena jakości powinna być objęta szczególną uwagą NFZ.

Odnosząc się do tej kwestii, J. Startek poinformowała, że tworząc projekt BCU, Fundusz wzorował się na rozwiązaniach niemieckich. – W Niemczech istnieje odrębna, niezależna instytucja oceny jakości, a więc w naszym projekcie ten element nie został jeszcze zdefiniowany. Jednak w dalszych pracach związanych z projektem planujemy powołanie specjalnego zespołu ds. oceny jakości. Nie wyklucza się, że w skład zespołu wejdą przedstawiciele ośrodków, które będą realizowały leczenie w ramach projektu. Oczywiście dane umożliwiające identyfikację danych z poszczególnych ośrodków byłyby zaszyfrowane – dodała. Istotnym zagadnieniem jest kwestia certyfikacji ośrodków diagnostyki i leczenia raka piersi. Obecna propozycja NFZ zakłada wprowadzenie programu leczenia raka piersi poprzez zwykły konkurs ofert. Każdy ośrodek, który uzna, że spełnia warunki konkursowe, będzie mógł złożyć ofertę. Projekt NFZ zakłada, że w ośrodku, który stanie do konkursu, powinno być leczonych nie mniej niż sto przypadków raka pierwotnego rocznie. – Ile przypadków trzeba leczyć, aby spełnić kryterium jakości, to kwestia w świecie żywo dyskutowana. W zależności od specyfiki danego państwa, liczba ta może być różna. W Brazylii np. są to bardzo duże ośrodki, położone w ogromnym oddaleniu, we Francji natomiast większą popularnością cieszą się ośrodki niewielkie, blisko miejsca zamieszkania pacjentek – poinformował prof. Pieńkowski. Dodał także, że podobna dyskusja może dotyczyć liczby ośrodków BCU. – Myślę, że w Polsce takich ośrodków powinno być kilkadziesiąt. Natomiast istotne są odległości, w jakich miałyby się one znajdować. Mamy województwa o zróżnicowanej specyfice. Śląsk, pomimo że jest bardzo zwarty terytorialnie, powinien mieć tych ośrodków dużo, bo jest tam duża gęstość zaludnienia i wysoka zapadalność na raka piersi.

Mazowsze z kolei jest bardzo rozległe i ośrodki koncentrują się w Warszawie, a pacjentki spod Ostrołęki czy innych krańców województwa muszą odbywać obciążające, dalekie podróże do warszawskiego ośrodka. Więc i na terenie Mazowsza BCU powinno być więcej. Generalnie, odległość ośrodka BCU powinna być taka, aby można było do niego dotrzeć bez specjalnej mitręgi – należy to więc wypośredkować zgodnie ze zdrowym rozsądkiem – podkreślił prof. Pieńkowski. J. Startek dodała, że dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ zostaną poproszeni o określenie, na podstawie dostępnej sprawozdawczości, potrzeb i możliwości co do liczby powstania BCU na terenie poszczególnych województw. Zdaniem prof. Pieńkowskiego to dosyć ryzykowne posunięcie. – Przecież dyrektorowi każdej placówki zależy na tym, aby mieć jak największy kontrakt i można w ten sposób zainicjować niepotrzebną i nie zawsze opartą o realne możliwości walkę pomiędzy placówkami. Poza tym myślę, że potrzeby społeczne są inne, niż wynika to z zastanej i sprawozdawanej do Funduszu struktury – argumentował. Prof. Jaśkiewicz przypomniał, że w tej chwili projekt BCU to nic innego jak świadczenia odrębnie kontraktowane. Ważne jest więc określenie harmonogramu ich kontraktowania.

Pełen tekst artykułu można przeczytać w czerwcowym numerze Służby Zdrowia