

Standardy i jakość leczenia w onkologii – opinia chirurga ogólnego*

Jan Kulig, Janusz Legutko

Standards and treatment quality in oncology – the point of view of a general surgeon

Chirurgia w przeciwieństwie do innych dziedzin medycyny obok wiedzy medycznej, umiejętności nawiązywania kontaktu z chorym i farmakoterapii wymaga od lekarzy zdolności manualnych, spostrzegawczości, wiedzy technicznej oraz znajomości aparatury i sprzętu medycznego. Istotnym elementem działalności chirurgicznej jest wykonywanie zabiegów operacyjnych, często pochłaniających dużo czasu oraz konieczności dostępności chirurga przez 24 godziny na dobę.

Podstawową bazą danych dotyczącą lekarzy w Polsce jest Rejestr Naczelnej Izby Lekarskiej [1]. Według danych tego Rejestru w dniu 15 maja 2010 r. w Polsce zawód lekarza medycyny wykonywały 119 604 osoby, w tym 80 548 specjalistów. W grupie tej było 9620 wykształconych chirurgów, ale czynnie zawód chirurga uprawiały tylko 9774 osoby, co stanowi 7,33% wszystkich lekarzy i 10,89% lekarzy specjalistów. Oznacza to także, że w Polsce przypadało w tym czasie około 23 specjalistów chirurgów na 100 000 mieszkańców. W Polsce jest więcej lekarzy kobiet, niż mężczyzn, ale wśród chirurgów przeważają mężczyźni (8533), a kobiet jest tylko 1087. Czynnych zawodowo kobiet jest 916 (652 w wieku 31-60 lat), natomiast czynnych zawodowo mężczyzn jest 7858 (w tym 6669 w wieku 31-65 lat).

Największy niepokój budzą zachodzące ostatnio zmiany demograficzne dotyczące chirurgów. Wprawdzie ogólna liczba chirurgów w I kwartale 2010 r. była wyższa (9619) niż w I kwartale 2009 r. (9592), ale zwiększeniu uległa tylko liczba chirurgów w wieku emerytalnym. Natomiast liczba czynnych zawodowo chirurgów zmalała (8791 chirurgów w I kwartale 2010 r., w porównaniu do 8840 chirurgów w I kwartale 2009 r.).

Zaistniała sytuacja jest wynikiem coraz mniejszej liczby lekarzy kończących specjalizację z dziedziny chirurgii ogólnej. Rocznie studia medyczne według różnych źródeł kończy w Polsce ok. 2500 lekarzy medycyny i ok. 850 lekarzy dentyków. Najwięcej lekarzy uzyskało specjalizację z chirurgii ogólnej w sesji wiosennej 2006 r. (130 osób) i od tego czasu liczba lekarzy uzyskujących

wspomnianą specjalizację maleje (w sesji jesiennej 2009 r. tylko 63 lekarzy). Chirurg w przeciwieństwie do przedstawicieli innych dziedzin medycyny jest najbardziej zaabsorbowany pracą zawodową, co powoduje, że coraz mniej lekarzy wybiera tę specjalizację. Zjawisko to jest obserwowane nie tylko w Polsce, ale także w innych krajach, nawet w odległej Japonii, gdzie zarobki chirurgów są znacznie większe niż w Polsce [2, 3].

Inną przyczyną malejącej liczby chirurgów ogólnych w Polsce jest rosnące zainteresowanie innymi specjalnościami zabiegowymi. Zakres wymaganej wiedzy i umiejętności jest podobny jak w chirurgii ogólnej, a zarobki często kilkakrotnie wyższe. Po wyłączeniu ginekologii z położnictwem liczba chirurgów ogólnych jest jeszcze dominująca wśród przedstawicieli dziedzin zabiegowych (8774 czynnych chirurgów ogólnych), ale liczba okulistów sięga już 4212, otorynolaryngologów 3385, ortopedów (z traumatologią) 3192, urologów 1113 i chirurgów dziecięcych 1076. Przedstawicieli pozostałych dziedzin zabiegowych jest poniżej 1 tysiąca, w tym chirurgów onkologów tylko 518.

Zważywszy, że liczba zachorowań na nowotwory nadal rośnie, podana wyżej liczba przedstawicieli chirurgii onkologicznej jest niewystarczająca do leczenia chorych nowotworowych. Sytuację ratuje leczenie chirurgiczne tych chorych przez chirurgów ogólnych. W 2006 r. wykonano w Polsce 52 845 operacji z powodu złośliwych nowotworów narządów trawiennych, skóry, sutka, tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego [4]. Z tej liczby 45 622 operacje wykonali chirurdzy ogólni, co stanowi 86,3% wszystkich operacji onkologicznych w wymienionej grupie nowotworów złośliwych (dane opracowane na podstawie ankiety rozesełanej przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej do ordynatorów oddziałów chirurgicznych w Polsce).

Przedstawiona powyżej sytuacja jest dobrze znana Narodowemu Funduszowi Zdrowia (NFZ), mimo że nie udostępnia on swoich statystyk. Z tego też powodu procedury z zakresu chirurgii onkologicznej są tak samo punktowane, jak procedury z zakresu chirurgii ogólnej.

Chorzy onkologiczni najczęściej trafiają do chirurga z zaawansowanym nowotworem, z rozpoczynającym się lub postępującym wyniszczeniem. Nowotwory złośliwe

* Wystąpienie podczas sesji okrągłego stołu z udziałem Konsultantów Krajowych „Standard i jakość leczenia w onkologii” w trakcie XVI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej w Kielcach 20-22 maja 2010 r.

występują głównie w wieku starszym, a nawet podeszłym, u chorych przeważnie z innymi chorobami towarzyszącymi i ich leczenie jest trudniejsze, a przede wszystkim bardziej kosztochłonne. Oznacza to dłuższy pobyt w szpitalu (zajmowanie miejsca innym chorym), konieczność włączania żywienia pozajelitowego, ordynowania większej liczby leków, w tym także przeciwbólowych, itd. Poniżej przedstawiono punktację kompleksowego leczenia chirurgicznego chorób przewodu pokarmowego, wątroby, przewodów żółciowych i trzustki:

Kompleksowe leczenie chirurgiczne chorób przełyku	390 pkt.
Kompleksowe leczenie chirurgiczne chorób żołądka	240 pkt.
Kompleksowe leczenie chirurgiczne chorób jelita cienkiego	200 pkt.
Kompleksowe leczenie chirurgiczne chorób jelita grubego	235 pkt.
Kompleksowe leczenie chirurgiczne chorób wątroby	161 pkt.
Rozległe leczenie chirurgiczne chorób wątroby	284 pkt.
Kompleksowe leczenie chirurgiczne chorób przewodów żółciowych	268 pkt.
Kompleksowe leczenie chirurgiczne chorób trzustki	314 pkt.

Nie wszystkie szpitale, przy aktualnym systemie finansowania usług medycznych w dziedzinie chirurgii, a w szczególności leczenia chorych onkologicznych, mogą tych chorych leczyć. Pojawia się szczególnie problem leczenia chorych w wieku podeszłym, z zaawansowaną chorobą nowotworową i chorobami towarzyszącymi. Chorych tych nie ma kto leczyć, bowiem z jednej strony potrzebna jest odpowiednia baza szpitalna, a zwłaszcza kadrowa, a z drugiej, przy jednakowej punktacji, leczenie jest finansowo nieopłacalne. Problem ten próbowano rozwiązać, wprowadzając referencyjność szpitali (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych). Wprowadzono trzy poziomy referencyjne szpitale:

I poziom referencyjny – szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych w podstawowych specjalnościach medycznych: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, pediatrii, ginekologii z położnictwem, a także z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.

II poziom referencyjny – szpitale wojewódzkie, które obok świadczeń zdrowotnych w wymienionych wyżej specjalnościach, udzielają też świadczeń w co najmniej czterech z następujących specjalności: kardiologii, neurologii, dermatologii, patologii ciąży i noworodka, okulistyki, laryngologii, chirurgii urazowej, urologii, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej i chirurgii onkologicznej.

III poziom referencyjny – obejmuje szpitale kliniczne państwowych uczelni medycznych lub państwowych uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz jednostki badawczo-rozwojowe podległe Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej. Szpitale kliniczne mogą udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie trzeciego poziomu referencyj-

nego na obszarze większym niż jedno województwo. Jednostki badawczo-rozwojowe udzielają świadczeń zdrowotnych na terenie całego kraju.

Jednak rozporządzenie to zostało uchylone w związku z wejściem w życie przepisów ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2003 r., Nr 45, poz. 391, z późniejszymi zmianami). Wprowadzono jednolitą punktację usług medycznych, likwidując tym samym referencyjność szpitali. Obecnie nie mamy jednolitych kryteriów pozwalających na usystematyzowanie szpitali, a równocześnie należy mieć świadomość, że aktualne uwarunkowania prawne uniemożliwiają przywrócenie zastosowanych wcześniej rozwiązań. Z drugiej strony ustalenie referencyjności szpitali, w tym także oddziałów chirurgicznych, umożliwi porządkowanie organizacyjne systemu ochrony zdrowia, jednak dynamiczne przemiany zarówno systemu, jak i samych szpitali najczęściej łamią ustalane podziały, nierzadko już na etapie planowania.

Także NFZ nie zamierza powracać do referencyjności szpitali, a zaistniałą sytuację próbuje rozwiązać poprzez uwzględnienie w kontraktach odpowiedniego przygotowania określonych oddziałów chirurgicznych do szerszego zakresu usług i ich punktacji. Wiadomo jednak, że kontraktowanie usług medycznych przez NFZ jest *ciemną stroną* całego systemu ochrony zdrowia w Polsce, a jego nieprzejrzystość nie zachęca do podejmowania ryzyka przez szpitale, które szybko wpadają w długi, gdy próbują leczyć chirurgicznie chorych z obciążeniami i powikłaniami.

W chirurgii niefinansowanie usług medycznych w niezbędnej wysokości powoduje zawężanie ich zakresu i tym samym niższy standard, dekapitalizację sprzętu i odpływ doświadczonej kadry. A przecież o referencyjności stanowi nie oddział, czy szpital, ale przygotowanie zawodowe i wykształcenie pracującej kadry oraz wyposażenie. Z tych też powodów za specjalistyczne usługi trzeba więcej zapłacić, podobnie jak za leczenie powikłań. Natomiast prawa rynku (w szczególności wybór pacjentów) zadecydują o wyborze szpitali świadczących swoje usługi na odpowiednim poziomie i nie ograniczą ich w ostatnim kwartale roku z powodu wykonania kontraktu.

Prof. dr hab. med. Jan Kulig

Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej

Dr med. Janusz Legutko

Piśmiennictwo

1. Rejestr Naczelnej Izby Lekarskiej – www.nil.org.pl/xml/nil/rejlek
2. Bell RH Jr. Graduate Education in General Surgery and Its Related Specialties and Subspecialties in the United States. *World J Surg* 2008; 32: 2178-2184.
3. Ito Y. Surgical Education and Postgraduate Training in Japan. *World J Surg* 2008; 32: 2134-2137.
4. Wojciechowska U, Didkowska J, Zatoński W. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2006 roku*. Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; 2008.