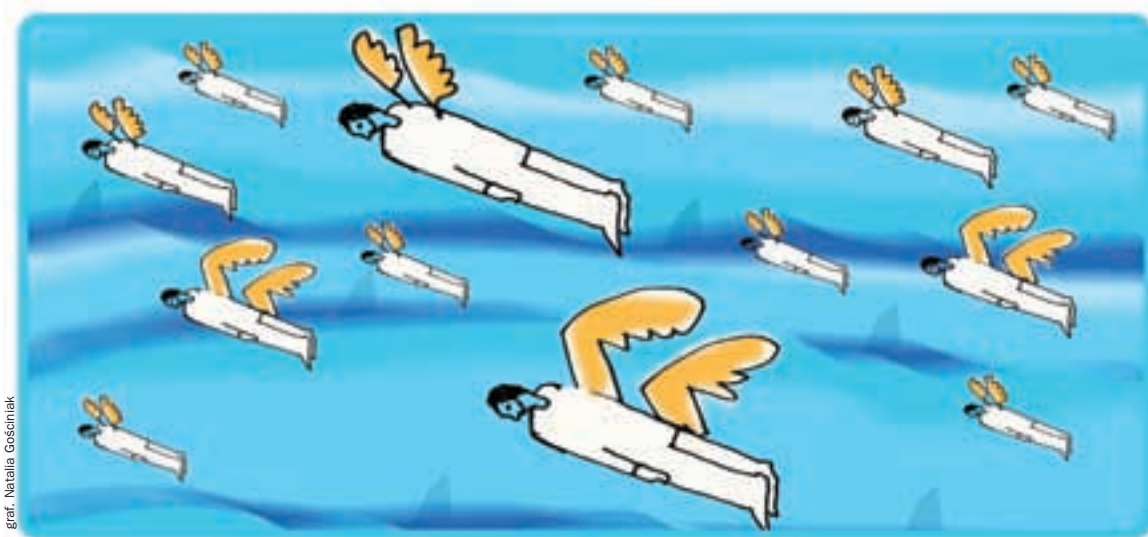


Dlaczego mamy najgorszą onkologię w Europie?



graf. Natalia Gościńiak

System, który **zabija**

Nasza onkologia jest najgorsza w Europie, a w ogóle nie liczy się na świecie. Polscy pacjenci mają znacznie mniejsze szanse na skuteczne leczenie z trzech powodów. Po pierwsze, brakuje pieniędzy, a asekurancтво i nieuznawanie nowoczesnych terapii przez Narodowy Fundusz Zdrowia pogłębiają tragedię. Po drugie, nasi lekarze są niedouczeni, w większości wiedzą o raku niewiele więcej od swoich pacjentów. Po trzecie, obowiązuje fatalny system organizacyjny, który z jednej strony jest źródłem ogromnego marnotrawstwa środków, a z drugiej korupcji. Jak ten stan zmienić? Lobbistyczna organizacja, jaką jest Polska Unia Onkologii, stara się o wdrożenie *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych*. Taki program jest bardzo potrzebny. Czy jednak w wersji przygotowanej przez PUO, która jest ściśle związana z Centrum Onkologii w Warszawie? Czy reformatorami powinni być akurat ci, którzy są w mniejszym lub większym stopniu odpowiedzialni za fatalny stan onkologii w Polsce?

Poznańskie żale

– *Musimy wreszcie zewrzeć siły i zacząć walczyć o pieniądze. Jeśli tego nie zrobimy, to większość z zapisanych w ustawie 2 mld zł przechwycą instytuty warszawskie* – tak skomentował potrzebę działań środowiska onkologicznego prof. Julian Malicki, dyrektor Wielkopolskiego Centrum Onkologii (WCO), podczas debaty nad *Narodowym*

programem zwalczania chorób nowotworowych, która odbyła się w Poznaniu.

W dalszej części swojego wystąpienia dyrektor WCO zwrócił uwagę, że w Polsce ciągle obowiązuje postsowiecki model organizacyjny, który m.in. powoduje, że środowisko nie może przemawiać jedynym głosem. W efekcie działania na rzecz rozwoju polskiej onkologii mają charakter akcji, a nie plano-

” W naszym kraju brakuje nawet wiarygodnych statystyk na temat zachorowań na raka, a co dopiero mówić o jego leczeniu ”

wego działania. – *Dlatego uważam, że należy wreszcie skupić się na powstaniu programu onkologicznego w randze ustawy – dodał prof. Malicki.*

Prof. Paweł Murawa nieco ironicznie zauważył, że w Polsce brakuje nawet wiarygodnych statystyk na temat zachorowań na raka, a co dopiero mówić o jego leczeniu, skoro wyniki terapii nowotworowych mamy najgorsze ze wszystkich krajów Unii Europejskiej. Wskazując na szereg koniecznych do wykonania zadań, prof. Murawa zauważył: – *Konieczne jest także wskazanie ośrodków, w których nowotwory leczy się na najwyższym poziomie, tak aby pieniądze nie były przekazywane do szpitali, które te środki zmarnują. Niezbędne jest także stworzenie takiego modelu organizacyjnego, który w wykrywanie raka zaangażowałby lekarzy rodzinnych, którzy mają pierwszy kontakt z chorym.*

Z takimi zadaniami lekarza rodzinnego w pełni zgodził się prof. Wojciech Dyszkiewicz. Podkreślając, że połowa wszystkich zgonów na raka związana jest z nowotworem płuc, prof. Dyszkiewicz zwrócił uwagę na przerażająco późne rozpoznawanie choroby oraz brak markerów prognostycznych. Jego następcą, dr Jerzy Załuski, skupił się na konieczności wprowadzenia do terapii onkologicznych leków innowacyjnych: – *Podczas gdy na świecie są to powszechnie stosowane terapie, u nas to ciągle luksus, który wynika z niskiego kontraktowania tego typu leczenia przez NFZ.*

Prof. Janina Markowska zwróciła uwagę na fundamentalną słabość obecnego systemu, który na dalszy plan zepchnął prewencję. – *Tymczasem świadomość społeczna jest jednym z najważniejszych elementów walki z chorobami nowotworowymi. Moje doświadczenia wskazują, że ze schorzeniami przychodzą do mnie ciągle te same pacjentki. Reszta ma opory, ponieważ nie ma poważnych kampanii informacyjnych – stwierdziła prof. Markowska.*

– *Z poprzedniego programu, zainicjowanego przez Edwarda Gierka, został imperialny budynek warszawskiego Centrum Onkologii. Dlatego w tworzonego obecnie programie musimy położyć nacisk na coś więcej niż infrastrukturę. Potrzebna jest popularyzacja zachowań prozdrowotnych. Konieczne jest kształcenie średnich kadr medycznych oraz permanentna ich edukacja – zauważył prof. Jan Bręborowicz.*

W dalszej części swojego wystąpienia podkreślił, jak niezbędne jest wygospodarowanie pieniędzy z NFZ na edukację lekarzy. Na dowód przedstawił proste wyliczenie: złotówka wydana na edukację lekarza przynosi korzyści większe niż 10 zł wydane na diagnostykę.

Ostatnim prelegentem był prof. Andrzej Mackiewicz. W lakonicznym, a zarazem dobitnym wystąpieniu stwierdził, że konieczne jest zwiększenie funduszy oraz zmiany systemowe, które umożliwią stworzenie silnych ośrodków onkologicznych oraz naukowych podstaw onkologii na uczelniach medycznych. JS

Debata w Wielkopolskim Centrum Onkologii była już trzecią, jaka odbyła się w kolejnym krajowym ośrodku. Wystąpieli z uwagą wysłuchali obecni na sali dyrektorzy szpitali i przychodni oraz parlamentarzyści, którzy, być może przyczynią się do tego, że Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych stanie się faktem.



Debacie w Wielkopolskim Centrum Onkologii przysłuchiwali się obecni na sali dyrektorzy szpitali i przychodni



Prof. Julian Malicki:
W polskiej onkologii ciągle obowiązuje postsowiecki model organizacyjny



Prof. Paweł Murawa: *W wykrywanie raka muszą się zaangażować lekarze rodzinni*



Prof. Andrzej Mackiewicz: *Konieczne jest zwiększenie funduszy oraz zmiany systemowe, które umożliwią stworzenie silnych ośrodków onkologicznych*



Prof. Janina Markowska: *Słabością obecnego systemu jest brak prewencji*

Opinia na temat projektu ustawy o ustanowieniu programu wieloletniego *Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych*

Należy pogratulować propagatorom idei *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych* doprowadzenia do etapu bliskiego rozpoczęcia realizacji. Jednakże obecny kształt programu wzbudza też zasadnicze zastrzeżenia i obawy, że proponowane w nim rozwiązania nie tylko nie doprowadzą do realizacji stawianych w nim celów, ale wręcz uniemożliwią ich osiągnięcie.

Ustawa nosi tytuł nieodpowiadający jej zawartości. **Nie chodzi w niej o Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych, ale o narodowy program wspierania Centrum Onkologii.** Można się o tym przekonać, porównując wysokość proponowanych nakładów na cele realizowane przez tę strukturę i cele realizowane poza nią. Przykładowo na absolutnie kluczową sprawę uniknięcia grzechu pierworodnego, czyli na dobre wykształcenie lekarzy i innych specjalistów w akademiach medycznych w zakresie podstaw onkologii przeznaczono w ciągu 10 lat ogromną sumę 400 tys. zł, czyli mniej niż 4 tys. zł rocznie na jedną uczelnię medyczną i mniej niż 100 zł na jednego studenta. Jest to 0,00013 część całego programu! Jest to także 0,078 środków przeznaczonych zapewne na realizację przez Centrum Onkologii *Programu rozpowszechniania zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem*. Co więcej, przez 10 lat planuje się dokonywać jedynie oceny skuteczności nauczania onkologii w polskich akademiach medycznych. Jeśli więc w 2006 r. stwierdzi się, że jest ona niska, to będzie się nadal jedynie oceniać, gdyż program nie przewiduje żadnych działań naprawczych. A rozwój i upowszechnienie nauczania onkologii w kształceniu przed- i podyplomowym lekarzy, pielęgniarek i przedstawicieli innych zawodów medycznych jest jednym z 9 (dokładnie 8.) deklарowanych w art. 3 głównych działań w zakresie realizacji programu.

Podobnie sprawa wygląda, jeśli chodzi o nowotwory krwi, które w dominującej mierze leczone są w ośrodkach hematologicznych, a więc poza pionem Centrum Onkologii. Z tego punktu widzenia projekt powinien nosić nazwę *Narodowy program zwalczania guzów litych*, gdyż sprawy nowotworów krwi są w nim niemal całkowicie pominięte. Łącznie na zagadnienia z nimi związane proponuje się przeznaczyć ok. 18 mln zł w ciągu 10 lat, co stanowi 0,006 wszystkich nakładów. Białaczki i chłoniaki stanowią u dzieci ok. 30 proc. wszystkich nowotworów, a u dorosłych 5–10 proc., przy czym są to nowotwory w znacznej mierze całkowicie wyleczalne, pod warunkiem zastosowania nowoczesnych metod leczenia, takich jak przeszczepianie szpiku. Niemal wszystkie polskie ośrodki wykonujące te zabiegi powstały ze środków pozabudżetowych i niemal wszystkie wymagają już odnowienia i doposażenia w aparaturę.

Jednym z podstawowych powodów ustanowienia obecnego programu są wyniki badania *Eurocare-3*, które wykazało, że Polska ma najgorsze w Europie wyniki leczenia nowotworów złośliwych. Autorom programu posłużyło to jako pretekst do zaproponowania niebywałego rozbudowania Centrum Onkologii i podległego mu *pionu onkologicznego*, co w następstwie ma zmienić ten stan rzeczy. Warto przypomnieć, że w badaniu *Eurocare-3* Polskę reprezentowały 2 wybrane regiony, tj. Warszawa i Kraków. Przypadkiem są to regiony, w których działa Centrum Onkologii i jego oddział w Krakowie.

Moim zdaniem, zaproponowane w art. 2 cele programu nie będą mogły być osiągnięte za pomocą rozwiązań proponowanych w dalszej części projektu ustawy, uzasadnieniu i załączniku rozwiązań, które, jak wspominałem, w moim odczuciu mają głównie zapewnić rozwój Centrum Onkologii i placówek jemu podległych, a nie rozwiązać podstawowe problemy zachorowań na nowotwory w Polsce.

Uważam, że to właśnie istnienie wydzielonego pionu onkologicznego na czele z Centrum Onkologii jest przyczyną tak złych wyników leczenia nowotworów w Polsce i jego rozbudowa niewiele zmieni. Nie wynika to bynajmniej z tego, że same te placówki reprezentują niski poziom (w wielu wypadkach jest on bardzo wysoki), chociaż można mieć zastrzeżenia do liczby najwyższej klasy specjalistów onkologów, która jest zupełnie nieadekwatna do liczby chorych (o czym w dalszej części tej opinii).

Jednakże wszędzie w Europie (gdzie wyniki są lepsze niż w Polsce) leczenie nowotworów jest zadaniem placówek włączonych w całą strukturę medycyny, a zwłaszcza uczelni medycznych, a nie wydzielonego autonomicznego pionu. To powoduje, że istnieją bezpośrednie sprzężenia zwrotne pomiędzy wszystkimi placówkami zajmującymi się chorym na nowotwór – od jego rozpoznania do wyleczenia lub śmierci, istnieje stały przepływ informacji, skutkujący ciągłą poprawą i eliminacją błędów na każdym etapie. Warunkiem jest, aby te wszystkie placówki stanowiły część tego samego większego organizmu, czyli uniwersytetu. W Polsce ta ciągłość opieki jest przerwana.

Wyodrębnienie pionu onkologicznego powoduje, że główna odpowiedzialność za leczenie chorób odpowiedzialnych za 1/4 zgonów jest zdjęta z placówek nieonkologicznych, w których te choroby są pierwotnie rozpoznawane i leczone i gdzie skutki popełnionych błędów są największe, a przeniesiona na placówki, które mogą tylko nieznacznie te błędy skorygować. W rezultacie instytucje medyczne i lekarze poza pionem onkologii czują się zwolnieni z posiadania w tym zakresie kompetencji, a ściślej, nie mają mechanizmu, który stale wymusza poprawę tych kompetencji, zgodnie ze zmieniającą się wiedzą. Chory jest przekazywany do innej struktury i ślad po nim ginie.

Sytuacja ta nie ma również odpowiednika w żadnej innej specjalności lekarskiej w Polsce. Dotyczy to także tych specjalności, w których, jak w onkologii, wzorem byłego Związku Radzieckiego istnieją instytuty resortowe. We wszystkich tych pozostałych specjalnościach istnieją również silne ośrodki akademickie, których

funkcjonowanie jest także podstawą do rekrutacji do danej specjalności wybitnie zdolnej młodzieży. To nie ma miejsca w odniesieniu do onkologii w Polsce, która jest jednym z najtrudniejszych działów medycyny i do której na świecie trafiają najzdolniejsi młodzi lekarze. Na udokumentowanie tej diagnozy wystarczy porównać liczbę lekarzy z tytułem profesora w onkologii klinicznej (specjalności zajmującej się farmakologicznym leczeniem głównie guzów łitych, czyli 90 proc. nowotworów) z liczbą profesorów w hematologii, która zajmuje się farmakologicznym leczeniem białaczek i chłoniaków, stanowiących 10 proc. nowotworów. Otóż w onkologii klinicznej jest obecnie 5 profesorów, a w hematologii 17, przy czym 3 profesorów onkologii klinicznej wywodzi się pierwotnie z hematologii. Różnica polega na tym, że w hematologii istnieją silne ośrodki akademickie obok Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, a w onkologii ich praktycznie nie ma lub są w wersji załączkowej. Dość powiedzieć, że tylko jeden akademicki ośrodek onkologiczny dysponuje radioterapią (Gdańsk).

W żadnej innej specjalności instytut resortowy nie stłamsił jej rozwoju w akademiach medycznych. Oczywiście, przedstawiciele Centrum Onkologii, zapytani wprost, również negują takie działania. Istnieje jednak ich materialny wymiar i można zapytać, jaka część pieniędzy na rozwój onkologii w Polsce została przekazana na rozwój akademickich ośrodków onkologicznych? Odpowiedź będzie zapewne bliska propozycji obecnego programu, czyli ułamkom promila.

Dla zrównoważenia odpowiedzialności za ten stan wiedzy trzeba również przyznać, że znaczna część winy spoczywa na części środowisk z akademii medycznych. Struktura etatowa uczelni medycznych jest w znacznej mierze określona przez tzw. pensum dydaktyczne i istnieje ogromny opór w wydzieleniu w ramach tego pensum godzin na nauczanie onkologii, gdyż za tym musiałoby pójść przyznanie na ten cel etatów, a tym samym powstaje groźba ich odebrania innym. Wszyscy twierdzą, że oni też uczą onkologii, zapominając przyznać, że aby czegoś nauczać, trzeba to umieć, a w tym zakresie wielu mówiących te słowa jest prorokami, tzn. ludźmi, którzy sami sobie przyznali kompetencje i nie mają na ich posiadanie żadnego formalnego potwierdzenia. Przykładowo, nowy program kształcenia lekarzy przewiduje na onkologię zaledwie 40 godz. (z ok. 5 tys.). Biorąc pod uwagę, że chodzi o choroby, które stanowią drugą pod względem częstości przyczynę zgonów, byłaby to sytuacja śmieszna, gdyby nie to, że jest tragiczna.

W rozważaniu propozycji zmian programu trzeba jednak uwzględnić ogromny dorobek Centrum Onkologii i niektórych regionalnych centrów onkologicznych, bez których istnienia sytuacja byłaby jeszcze gorsza.

Moim zdaniem, jeśli w Polsce ma rzeczywiście powstać *Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych*, to powinien on umożliwić zasadniczą zmianę organizacyjną, polegającą na stworzeniu silnych ośrodków onkologicznych przy każdej akademii medycznej, dysponujących radioterapią i na to przede wszystkim powinny zostać przeznaczone środki inwestycyjne, a także na doposażenie regionalnych ośrodków onkologicznych w województwach, w których nie ma akademii medycznej, i te ostatnie ośrodki przede wszystkim powinny pozostać pod nadzorem Centrum Onkologii. Kluczową sprawą dla realizacji celów programu jest rewolucyjna poprawa poziomu nauczania podstaw onkologii na akademiach medycznych, która będzie możliwa tylko wtedy, jeśli takie akademickie ośrodki onkologiczne powstaną i jeśli kształcenie podyplomowe w zakresie onkologii będzie polegało na rozszerzaniu wiedzy nabytej przed dyplomem, a nie na wycinkowym uzupełnianiu, a często wręcz korygowaniu niewłaściwego nauczania przeddyplomowego.

Dodatkowo *Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych* (jeśli pragnie się utrzymać tę nazwę) powinien mieć zrównoważone finansowanie dotyczące nowotworów krwi. Tutaj podstawowym problemem jest to, że ośrodki hematologiczne wymagają innych warunków budowlanych. Ściślej rzecz biorąc, chorzy na nowotwory krwi w trakcie leczenia przechodzą przez długotrwałe okresy osłabienia odporności, w czasie których powinni przebywać w pomieszczeniach z nadciśnieniem jałowego powietrza z jego wymianą 12–15 razy na godzinę. Taki standard od lat obowiązuje w Stanach Zjednoczonych. Obecnie takimi warunkami dysponują w Polsce tylko niektóre ośrodki przeszczepiania szpiku. Powinny je zaś posiadać także wszystkie ośrodki leczące ostre białaczki i aplazję szpiku. Brak tych warunków skutkuje nadumieralnością z powodu powikłań bakteryjnych i grzybiczych, a także bardzo dużym zużyciem bardzo drogich antybiotyków.

Podsumowując, obecna propozycja programu wymaga, moim zdaniem, zasadniczego przerehabrowania pod względem innych proporcji przeznaczenia środków finansowych, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju pełnoprofilowych akademickich ośrodków onkologicznych i rozwoju ośrodków hematologicznych.

Pragnę również wyjaśnić, że moje powyżej wyrażone poglądy są znane członkom Rady Naukowej Polskiej Unii Onkologii i były na jej posiedzeniu prezentowane. Skutkiem było wyłączenie mnie z grona osób pracujących nad propozycją *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych*. Poglądy te podzieliło wiele innych osób. W tamtym czasie przeważało jednak stanowisko, że moja wypowiedź sama z siebie doprowadzi do zmiany propozycji i że nie należy rozbijać jedności. Jak się okazało, chodziło wyłącznie o wymanewrowanie osób spoza Centrum Onkologii, gdyż żadne ze zgłaszanych na tamtym posiedzeniu zastrzeżeń nie zostało uwzględnione.

prof. dr hab. med. Wiesław Wiktor Jędrzejczak
kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych
Akademii Medycznej w Warszawie



Opinia i uwagi do ustawy onkologicznej

Po zapoznaniu się z przestanyimi materiałami dotyczącymi projektu tzw. *ustawy onkologicznej* zarówno przeze mnie, jak i przez wielu przedstawicieli środowiska medycznego, osoby pracujące z pacjentami onkologicznymi stwierdzamy:

1. Podstawowym błędem projektu jest utrwalanie systemu minimalizującego udział struktur akademickich w realizacji programów onkologicznych. Tymczasem jednym z naczelných zadań ustawy powinno być doprowadzenie do jak najszybszego włączenia w onkologię w całej Polsce wszystkich jednostek uniwersyteckich czy akademii medycznych zajmujących się nowotworami. Dobrze byłoby, żeby wszędzie, gdzie to możliwe, do istniejących ośrodków onkologicznych wprowadzać jednostki akademickie. Jest to niezwykle istotne z dwóch powodów:
 - a) głównie na uczelniach odbywa się kształcenie studentów;
 - b) system akademicki wymuszający intensywne i pogłębione studiowanie (konieczność uzyskiwania doktoratów i habilitacji w okresie kilku lat) zwiększa szanse osiągnięcia najwyższych standardów w opiece nad chorymi onkologicznymi;
 - c) obecnie bardzo duży odsetek, a być może większość pacjentów onkologicznych w Polsce leczona jest w jednostkach akademickich.
2. Rekonstrukcja zarządzania programem to niezbędny warunek pełnego wykorzystania potencjału istniejącego w naszym kraju. Program może być koordynowany centralnie przez MZ, jednak 3-osobowa rada zarządzająca powinna być poszerzona o kolejne 3 osoby, które by reprezentowały akademicką sieć onkologiczną (sieć taka, obejmująca kilkaset akademickich jednostek onkologicznych, jest obecnie tworzona; inicjator – prof. W. Jędrzejczak). Tak skonstruowana rada zarządzająca programem powinna dobierać osoby realizujące poszczególne szczegółowe projekty, tak by nie kierować się geografią miejsca pracy osoby, lecz aby byli to najbardziej kompetentni eksperci na podstawie:
 - a) liczby i jakości publikacji (lista SCI);
 - b) tytułów naukowych;
 - c) wdrożonych nowotworowych metod diagnostyki i leczenia (również patentów);
 - d) standardów postępowania lekarskiego.
3. Finansowanie programu wykazuje błędy w szczegółowych rozwiązaniach (np. zakupy bez przetargów!) oraz zachwianie proporcji pomiędzy dwoma zasadniczymi kierunkami finansowania – inwestycjami i programami profilaktycznymi.

Zdecydowanej przebudowy i zwiększenia nakładów wymaga część poświęcona profilaktyce. W świetle najnowszych badań wiadomo, że w najbliższych latach (niemal z pewnością w okresie 3–5 lat) cała profilaktyka rozpoczynać się będzie od identyfikacji grup ryzyka na podstawie testów molekularnych. Już dziś należałoby stworzyć warunki np. do wprowadzenia programu dla lekarzy rodzinnych, którzy wspólnie z onkologicznymi poradniami genetycznymi mogliby opanować w ciągu kilku zaledwie lat problem grup najwyższego ryzyka dla raka piersi, jajników i jelita grubego. Jak dobrze wiadomo, w programie tego typu koszt zapobiegania jednemu rakowi jest niższy od kosztów leczenia!

Już dziś na taki program należałoby przeznaczyć w skali kraju ok. 25 mln zł rocznie. Również kwoty przeznaczane na programy mammograficzne, cytologiczny i koloskopowy powinny wynosić po ok. 25 do 30 mln zł rocznie.

Wydatki na programy profilaktyczne powinny być zaplanowane w sposób bardzo elastyczny. W pierwszej kolejności programy powyższe powinny obejmować grupy zwiększonego ryzyka. W najbliższych latach zapotrzebowanie na powyższe klasyczne programy będzie maleć w związku z coraz bardziej precyzyjną identyfikacją osób o rzeczywiście zwiększonym ryzyku, a równocześnie uzasadniona stanie się realizacja nowych programów profilaktycznych, np. chemoprewencyjnych czy polegających na przesiewowych badaniach USG, np. nerek, narządu rodowego czy tarczycy.
4. Programy badań klinicznych powinny stanowić osobną pozycję w projekcie. To ważne, by zdobywać własne doświadczenia w terapii, zwłaszcza gdy uzasadnione jest przeprowadzanie programów chemoprewencyjnych i terapeutycznych opartych na wyprodukowanych w Polsce środkach farmaceutycznych.

prof. dr hab. Jan Lubiński
Międzynarodowe Centrum Nowotworów Dziedzicznych