

Narodowa Strategia Onkologiczna nada tej dziedzinie **status priorytetowy**



Fot. PAP/Rafał Guz

Rozmowa z prof. Piotrem Czauderną, koordynatorem Sekcji Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP

Co oznacza przeniesienie nadzoru nad realizacją Narodowej Strategii Onkologicznej z poziomu ministerialnego na całą Radę Ministrów?

Chodzi o nadanie onkologii statusu priorytetowego, co jest w moim odczuciu jakościową rewolucją. Oznacza to wprowadzenie wszelkich działań na zupełnie nowy poziom. To ważne, bo strategia stanie się dokumentem szerokim, obejmującym również zdrowie publiczne. Dlatego wiele zadań będzie realizowanych także przez inne ministerstwa, nie tylko resort zdrowia. Mam na myśli na przykład Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwo Edukacji, Ministerstwo Pracy, Polityki Społecznej i Rodziny. W zamyśle chodzi także o to, aby podejmowane działania opisane w planie z harmonogramem ich realizacji oraz harmonogramem finansowym mogły być corocznie raportowane przez Ministerstwo Zdrowia Radzie Ministrów.

Czy Rada Ministrów poda się do dymisji, jeśli nie poprawią się wskaźniki przeżyć 5-letnich?

Nie przesadzajmy. W strategii będzie zapis o poprawie wyników

leczenia onkologicznego, ale nie oznacza to, że jeśli nie uda się tego zrealizować, Rada Ministrów poda się do dymisji. Tak nie dzieje się nigdzie na świecie, bo przecież nigdy nie jest tak, że udaje się w stu procentach zrealizować zamierzenia. Jeżeli część celów zostanie osiągnięta, to już będzie sukces. Chodzi jednak o to, by cele były realistyczne w założonej perspektywie czasowej i mierzalne.

Dlaczego powstaje nowa strategia, skoro była już ta opracowana przez prof. Jacka Jassemę?

Aby zapisać w niej to, co ma szansę realizacji. Nie jest możliwe osiągnięcie jednocześnie ponad 100 celów. Strategia prof. Jassemę, jak się ją potocznie nazywa, jest dokumentem strategicznym oraz znakomitym punktem wyjścia do dalszych prac i chwała panu profesorowi, że z jego inicjatywy została opracowana. Warto jednak zacząć od 15–20 celów w horyzoncie czasowym 5 lat. Chodzi o skupienie się z jednej strony na działaniach populacyjnych promujących zdrowie, na przykład przez ograniczenie palenia papierosów, a z drugiej strony na poprawie profilaktyki. Kolejnym

celem może być wskazanie właśnie obszarów leczniczych, które powinny się poprawić. Wszystkiego nie zrobimy od razu. Sukces zostanie osiągnięty, jeśli uda się zrealizować większość zamierzeń, choć naturalnie chciałbym, aby udało się wszystko. Poza tym każda strategia musi być aktualizowana, co także zapisano w projekcie ustawy.

Czy w strategii znajdzie się ocena jakości leczenia chirurgicznego nowotworów? Chirurgia jest pierwszą metodą leczenia, bez niej każda inna skazana jest na porażkę.

Tak, chcemy, aby ten element został ujęty w zapisach strategii, ale w odniesieniu do konkretnego rodzaju nowotworu. Od jakich zaczniemy? Od tych nowotworów, które zabijają najwięcej Polek i Polaków, czyli najpewniej od raka płuca, raka piersi, raka jelita grubego, raka prostaty. Cel ten znalazł się już w koncepcji Krajowej Sieci Onkologicznej, która mocno podkreśla rolę mierników pozwalających na porównywanie wyników leczenia w poszczególnych ośrodkach. Resort zdrowia pracuje nad rejestrami obejmującymi operacje narządowe, bo one są nieodzowne w kontekście

poprawy wyników leczenia chirurgicznego w konkretnych placówkach. Ponadto w zapisach o KSO znalazła się centralizacja leczenia chirurgicznego, która jest warunkiem zarówno efektywności kosztowej, jak i zwiększenia szans chorych na wyleczenie.

Czy skoro planowane jest wprowadzenie rejestrów operacji poszczególnych narządów, specjalizacja z zakresu chirurgii onkologicznej zniknie?

To pytanie do resortu zdrowia. Osobiście nie sądzę, by tak się stało. Chodzi o to, aby zabiegi były wykonywane dobrze. Mniejsze znaczenie ma to, jaki chirurg je przeprowadza. W Polsce funkcjonują znakomite ośrodki, w których pracują chirurdzy onkolodzy, i równie znakomite, w których operacje wykonują chirurdzy ogólni wyspecja-

lizowani narządowo. Z pewnością chirurgia zorganizowana narządowo stanowi przyszłość i tak się to na ogół potoczyło na świecie.

W planach znajdzie się także reorganizacja badań profilaktycznych. Na czym ma polegać?

Na zmianie systemu zapraszania do odbywania tych badań, czyli przejściu na zaproszenia elektroniczne lub SMS-y z obecnych zaproszeń listownych, które często lądują w koszach na śmieci, a także na wykorzystaniu mediów społecznościowych. Dobrze byłoby zaangażować w to także lekarzy POZ czy medycyny pracy. Inny przykład to częściowe przeprogramowanie badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, tak aby osoby, które nie chcą poddać się kolonoskopii, mogły wykonać początkowo badanie stolca na krew utajoną

metodą immunochemiczną. Warto też pomyśleć o szerszym stosowaniu niskodawkowego badania TK klatki piersiowej we wczesnym wykrywaniu raka płuca. Można wreszcie rozważyć wprowadzenie testu genetycznego w celu wczesnego wykrywania wirusa HPV oraz dobrowolnych, a z czasem obowiązkowych szczepień przeciw temu wirusowi. Dziś na szczepienia wydajemy 5 zł w przeliczeniu na jednego obywatela. Zapoczątkowanie szczepień przeciw HPV zwiększy te wydatki do 10 zł, ale to rozwiązanie należy do najbardziej efektywnych kosztowo interwencji zdrowotnych, bo pozwala uniknąć późniejszego drogiego leczenia, jakiego wymaga rak szyjki macicy. Nie mówiąc już o ogromnym zmniejszeniu śmiertelności w tym nowotworze.

Rozmawiała Marta Koblańska

Pacjent wędrownik



Fot. PAP/Maciej Chmiel

Rozmowa z prof. Jackiem Jassemem, kierownikiem Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczącym Akademickiej Sieci Onkologicznej i prezesem Polskiej Ligi Walki z Rakiem

Jak chory na nowotwór odnajduje się w systemie ochrony zdrowia?

Nie odnajduje się albo ma z tym kłopot. Często w jednym ośrodku rozpoznaje się nowotwór, w innym wykonuje się jedną procedurę, w kolejnym drugą, w następnym trzecią i tak dalej. A zdarza się, że

obserwację po ukończeniu leczenia prowadzi lekarz z jeszcze innej instytucji. Chory wędruje więc od jednej instytucji do drugiej, często z plikiem skierowań w ręce, niepewny i z wątpliwościami, zagubiony w naszym skomplikowanym systemie opieki medycznej. Nie wie, który ośrodek jest najlepszy,

wybiera na podstawie zasłyszanych opinii. Sam organizuje sobie leczenie, nikt nie wskazuje mu najlepszej ścieżki postępowania ani nie bierze odpowiedzialności za cały proces.

Co można zrobić, żeby to zmienić?

Rozwiązaniem jest koordynowana opieka – system, w którym pełną ►