



Fot. PAP/Jakub Kamiński

GADOMSKI OCENIA POLSKĄ ONKOLOGIĘ

Rozmowa z wiceministrem zdrowia Sławomirem Gadomskim

Jak pan ocenia polską onkologię?

Przede wszystkim należy rozróżnić kilka podstawowych elementów: po pierwsze poziom medyczny, po drugie poziom infrastrukturalny, po trzecie system organizacji leczenia onkologicznego, ale też świadomość pacjentów i społeczeństwa. Obecnie najwyżej oceniam dwa pierwsze – mamy wielu uznanych na świecie specjalistów onkologów, mamy sukcesy polskich lekarzy, w tym terapie innowacyjne we wszystkich metodach leczenia, od chirurgii poprzez chemioterapię po radioterapię. Mamy również dobrej jakości infrastrukturę medyczną w zakresie onkologii – mówię tutaj przede wszystkim o infrastrukturze wysokonakładowej, tj. akceleratorach liniowych, tomografach komputerowych, urządzeniach do rezonansu magnetycznego, skane-

rach PET, gamma-kamerach itd. W dużej części jest to efekt realizacji przez Ministerstwo Zdrowia długoterminnej strategii nakreślonej w Narodowym Programie Zwalczenia Chorób Nowotworowych – NPZChN, a także wsparcia onkologii w Programie Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko. Ze środków NPZChN finansowany jest również rozwój infrastruktury w zakresie hematoonkologii czy diagnostyki genetycznej. Te działania powodują, że nadrabiamy zaległości, zbliżając się do standardów europejskich, i zapewniamy pacjentom terapie na oczekiwanym poziomie.

Nieco inaczej oceniam system organizacji leczenia onkologicznego. Podzielał w tej sprawie zdanie ekspertów – onkologów, członków zespołu powołanego przez ministra zdrowia, którzy opracowali „Koncepcję organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkolo-

gicznej”. Warto zacytować kluczowe tezy z raportu ekspertów, którzy uważają, że nieprawidłowości w systemie organizacji świadczeń onkologicznych skutkują opóźnieniami procesu diagnostyczno-terapeutycznego, nieprawidłowym kwalifikowaniem chorych do określonej metody leczenia, niewłaściwą sekwencją leczenia, brakiem odpowiedzialności za wynik terapii czy dublowaniem świadczeń, co w konsekwencji sprawia, że system opieki onkologicznej postrzegany jest jako nieprzyjazny i niewystarczająco skupiony na potrzebach pacjentów. Należy jednak zauważyć, że wymagane kroki zostały podjęte przez Ministerstwo Zdrowia i w 2018 r. ruszyliśmy z kompleksową reformą polskiej onkologii pod hasłem Narodowego Instytutu Onkologii. Na jej całość składają się opracowanie Narodowej Strategii Onkologicznej, uruchomienie Krajowej Sieci Onkologicznej, poprzedzone pilotażem, który już w lutym ruszył w dwóch województwach, ale też inne działania istotne dla polskiej onkologii: zmiany w koszyku świadczeń gwarantowanych, w szczególności wdrożenie świadczeń kompleksowych, np. *breast cancer units*, kompleksowa taryfikacja procedur onkologicznych, zmiany w wycenie, standaryzacja i uruchomienie rejestrów onkologicznych, zmiany w programach profilaktycznych i wiele, wiele innych projektów obejmujących zasięgiem pacjentów onkologicznych. Nie można zapomnieć o świadomości pacjentów i społeczeństwa, które również oceniam jako niedostateczne. Z punktu widzenia szybkiej wykrywalności i skuteczności leczenia podstawowe znaczenie ma podejście do profilaktyki przeciwnowotworowej – zarówno pierwotnej, czyli postawy prozdrowotnej, jak i wtórnej, czyli chociażby realizacja badań przesiewowych. W mojej ocenie budowanie świadomości społeczeństwa w tym zakresie to fundament skutecznych i efektywnych kosztowo działań w procesach diagnostycznych i terapeutycznych. Warto wskazać, że zmodyfikowaliśmy strategię Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie – w 2018 r. rozpoczęliśmy kampanię społeczną „Planuję długie życie”, której głównym celem jest właśnie zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat postaw prozdrowotnych i zapobiegania zachorowaniu na nowotwory, jak również zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne. Katalog działań w ramach kampanii jest bardzo obszerny, nie ogranicza się do przekazów medialnych, ale obejmuje programy edukacyjne, konkursy dla pracodawców, a także akcje promocyjne w internecie, w szczególności w mediach społecznościowych.

Czy przeniesienie nadzoru nad realizacją Narodowej Strategii Onkologicznej z poziomu ministerialnego na poziom Rady Ministrów oznacza podniesienie wyceny świadczeń?

Nie – zaprojektowane zmiany legislacyjne oznaczają przede wszystkim zwiększenie rangi działań strate-

**JEDNĄ Z KLUCZOWYCH WARTOŚCI
DLA PACJENTA JEST MOŻLIWOŚĆ
UZYSKANIA PRZEZ OŚRODKI
W SIECI ONKOLOGICZNEJ
PORAD I KONSULTACJI
W PRZYPADKACH TRUDNYCH
KLINICZNE W WOJEWÓDZKICH
OŚRODKACH KOORDYNUJĄCYCH**

gicznych w obszarze onkologii i przeniesienie odpowiedzialności za realizację Narodowej Strategii Onkologicznej na całą Radę Ministrów. Osiągnięcie zakładanych celów strategicznych, takich jak poprawa populacyjnych wskaźników zachorowalności i umieralności oraz jakości życia chorych na nowotwory, wymaga pełnej współpracy i współodpowiedzialności Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Sportu itd. Aktualne rozwiązania legislacyjne przewidują wymóg opracowania, aktualizacji i realizacji wypracowanej Narodowej Strategii Onkologicznej. Dopiero ta strategia będzie określała działania niezbędne do poprawy sytuacji w polskiej onkologii w perspektywie 10-letniej, prawdopodobnie również w zakresie taryfikacji świadczeń onkologicznych.

Co Ministerstwo Zdrowia rozumie przez jednolity standard diagnostyki i leczenia w każdym województwie?

Wprowadzenie jednolitych standardów diagnostyki i leczenia to zapewnienie możliwości uzyskania poprawy rokowania i jakości życia pacjentów onkologicznych niezależnie od miejsca zamieszkania. To gwarancja, że dzięki dobrze zorganizowanej docelowej sieci onkologicznej pacjenci będą mieli zapewniony dostęp do najlepszych terapii, natomiast dostęp do diagnostyki będzie na takim samym poziomie i tak samo kontrolowany. Główną rolę w zapewnieniu jednolitego standardu diagnostyki i leczenia w każdym województwie mają odegrać wojewódzkie ośrodki koordynujące, do których obowiązków należy m.in. organizacja wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, które ustalają plan leczenia pacjenta zgodnie ze standardami ośrodków o najwyższym poziomie referencyjnym i doświadczeniu. Zajmą się one również oceną realizacji planów leczenia onkologicznego przez ośrodki współpracujące, chociażby na podstawie międzynarodowych standardów i wytycznych postępowania terapeutycznego. Ponadto jedną z kluczowych wartości dla pacjenta



DŁUGOLETNI STRATEGIA W ONKOLOGII

JEST NIEZWYKLE ISTOTNA W CELU

OŚIĄGNIĘCIA ZAMIERZONEGO

REZULTATU, JAKIM JEST POPRAWA

WSKAŹNIKÓW ZACHOROWALNOŚCI

I UMIERALNOŚCI ZWIĄZANEJ

Z CHOROBY ONKOLOGICZNYMI

Fot. Tomasz Pietrzyk/Agencja Gazeta

jest możliwość uzyskania przez ośrodki w sieci onkologicznej porad i konsultacji w przypadkach trudnych klinicznie w wojewódzkich ośrodkach koordynujących. Standaryzacja opieki onkologicznej w zakresie diagnostyki i leczenia wpłynie przede wszystkim na zwiększenie skuteczności leczenia onkologicznego, m.in. wykrycie choroby w jak najwcześniejszym stadium, możliwe szybkie oraz precyzyjne rozpoznanie i w efekcie zastosowanie optymalnych procedur terapeutycznych o kompleksowym charakterze i odpowiedniej jakości, a w konsekwencji na poprawę wyników leczenia.

Jakie cele są stawiane tworzonej jednostkom – *breast cancer units, lung cancer units*, ośrodkom leczenia raka jelita grubego oraz prostaty?

Podstawowym celem tworzonej przez Ministerstwo Zdrowia wyspecjalizowanych, kompleksowych ośrodków narządowych jest zapewnienie rzeczywistej zmiany jakościowej w systemie opieki onkologicznej i znaczna poprawa jakości leczenia. Uruchomione ośrodki muszą dysponować odpowiednią infrastrukturą medyczną oraz doświadczoną kadrą, co zapewni wdrożenie istotnych zmian w organizacji procesów diagnostyczno-terapeutycznych. Warto zauważyć, że uruchomienie wyspecja-

lizowanych, kompleksowych ośrodków, tzw. unitów, jest spójne z rekomendacjami, wytycznymi i standardami akredytacyjnymi uznanych międzynarodowych organizacji i towarzystw naukowych, rekomendacjami ekspertów w Polsce, a także zaleceniami Najwyższej Izby Kontroli. Projekty rozporządzeń Ministra Zdrowia implementujące tworzenie tych jednostek określają wymagania jakościowe i organizacyjne, w szczególności doświadczenie konieczne do diagnozowania i leczenia zaawansowanych przypadków nowotworów, zdefiniowane głównie przez liczbę wykonanych badań i zabiegów chirurgicznych, a także możliwość udzielenia świadczeń możliwie blisko miejsca zamieszkania pacjenta. Wdrażane zmiany są kolejnym elementem realizacji strategii zmian w polskiej onkologii.

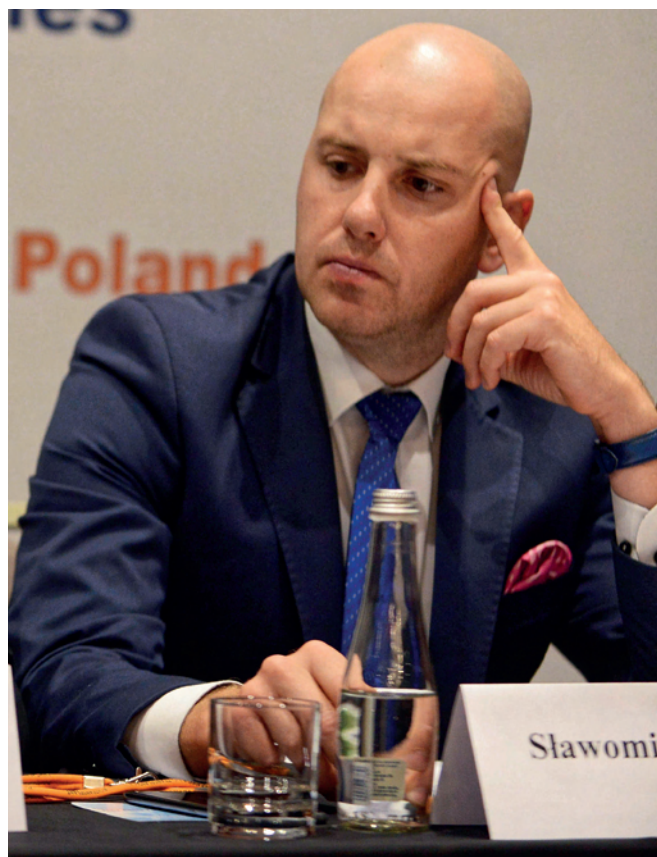
Profesor Jacek Jassem w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” powiedział, że *cancer plan* został opracowany w 2014 r. przez 200 ekspertów. Pomysł wysoko oceniono w kraju i za granicą, a w 2017 r. na prośbę ministra Radziwiłła zaktualizowano. Dlaczego propozycja, którą stworzył prof. Jassem, nie może być skierowana na ścieżkę legislacyjną?

Na wstępie chciałbym zaznaczyć, że bardzo wysoko oceniam opracowaną z inicjatywy Polskiego Towarzy-

stwa Onkologicznego Strategię Walki z Rakiem. Długoletnia strategia w onkologii jest niezwykle istotna w celu osiągnięcia zamierzonego rezultatu, jakim jest poprawa wskaźników zachorowalności i umieralności związanej z chorobami onkologicznymi. Jednakże od 2014 r., jak również od 2017 r. zostało podjętych wiele działań, w szczególności w ramach kompleksowej reformy polskiej onkologii zainicjowanej w 2018 r. przez ministra zdrowia, o której wspominałem na początku naszej rozmowy. Dlatego też katalog działań strategicznych powinien zostać zrewidowany, aby był spójny z podejmowanymi pracami. Ponadto w mojej ocenie Strategia Walki z Rakiem opracowana przez PTO nie odnosi się do rzeczywistych możliwości finansowych państwa, a przez to do realnych rezultatów – pamiętajmy, że nie da się wszystkiego zrobić w jednym momencie. Dla mnie ogromną wartością Narodowej Strategii Onkologicznej będzie opracowanie logicznego i finansowo wykonalnego „planu dojścia” wraz z wyceną i harmonogramem zaproponowanych działań. Niezależnie od tego jestem przekonany, że praca ekspertów PTO nie pójdzie na marne i zespół powołany przez ministra zdrowia – po wejściu w życie ustawy o Narodowej Strategii Onkologicznej – będzie w dużym zakresie bazował na rozwiązaniach zaproponowanych przez PTO.

Czy zmiany w Krajowej Radzie ds. Onkologii były konieczne? Czy forma dymisji była odpowiednia?

Zmiany w KRO były konieczne – dla uniknięcia każdorazowej zmiany zarządzenia w przypadku zmiany osoby pełniącej daną funkcję lub zajmującej dane stanowisko. Nowe zarządzenie wskazuje członków według pełnionych przez nich funkcji i zajmowanych stanowisk służbowych, nie z imienia i nazwiska. Do wprowadzenia zmian przyczyniły się również częste nieobecności członków KRO na posiedzeniach, na których w związku z brakiem kworum nie było możliwe podejmowanie uchwał. Głównym założeniem, jakie przyświeca zmianom w KRO, jest usprawnienie działania tego organu poprzez zaproszenie do stałej współpracy osób pełniących określone funkcje, a nie wymienionych z imienia i nazwiska, co powodowało komplikacje przy każdej zmianie na stanowiskach konsultantów krajowych, przedstawicieli towarzystw czy też instytucji onkologicznych. Ze składu zostali odwołani m.in. członkowie – poprzednio wskazani z imienia i nazwiska, którzy przestali zajmować stanowiska konsultantów krajowych w dziedzinach związanych z onkologią. Ponadto odwołano osoby, w których miejsce zostali wskazani inni przedstawiciele instytucji czy towarzystw naukowych, w tym organizacji pacjentów, których obecność w KRO w opinii ministra zdrowia jest niezbędna. Odwołani członkowie zostali powiadomieni o odwołaniu z funkcji pisemnie – e-mailem przesłano jedynie skany pism, a oryginały w wersji papier-



Fot. PAP/Jakub Kamiński

**WARTO ZAUWAŻYĆ, ŻE URUCHOMIENIE
WYSPECJALIZOWANYCH, KOMPLEKSOWYCH
OŚRODKÓW JEST SPÓJNE Z REKOMENDACJAMI,
WYTYCZNYMI I STANDARDAMI AKREDYTACYJNYMI
UZNANYCH MIĘDZYNARODOWYCH
ORGANIZACJI I TOWARZYSTW NAUKOWYCH,
REKOMENDACJAMI EKSPERTÓW W POLSCE,
A TAKŻE ZALECENIAMI NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI**

rowej tradycyjną drogą pocztową, co dało możliwość zaplanowania przez członków swoich spraw służbowych i prywatnych przed posiedzeniem KRO. Dodatkowo z częścią ekspertów rozmawiałem telefonicznie. Warto też zauważyć, że w ostatnim czasie minister zdrowia osobiście spotkał się z odwołanymi członkami KRO i podziękował im za zaangażowanie i współpracę. W mojej ocenie to właściwa forma odwołania, która nie powinna nikogo urazić.

Rozmawiali Marta Kobańska i Krystian Lurka