



Fot. iStockphoto.com

Na co można by przeznaczyć 2 mld zł w onkologii?

Posłowie PiS przegłosowali ustawę, w której przeznaczono prawie 2 mld zł na dopłaty dla Telewizji Polskiej i Polskiego Radia jako rekompensatę za ulgi abonamentowe. Opozycja apelowała, by pieniądze przeznaczyć na dofinansowanie onkologii. „Menedżer Zdrowia” spytał przedstawicieli środowiska onkologicznego, na co można by przeznaczyć 2 mld zł.



Dariusz Godlewski
onkolog, prezes poznańskiego
Ośrodka Profilaktyki i Epidemiologii
Nowotworów OPEN

Na wstępie chciałbym zastrzec, że w onkologii nie mniej istotnym problemem od niedoboru pieniędzy jest ich dystrybucja, zwłaszcza wobec obecnych i przyszłych niedostatków w finansowaniu tej dziedziny medycyny. Dysponując niedostateczną ilością środków, tym bardziej trzeba je wydawać rozsądnie. Nawet jeśli do obecnego systemu dodamy kolejne 10 mld zł, nie mamy gwarancji, że wpłyną one w sposób istotny na poprawę jakości i zakres profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rekonwalescencji obecnych i przyszłych pacjentów. Jestem przekonany, że Ministerstwo Zdrowia nie wie, ile pieniędzy potrzebuje onkologia, i nie potrafi zdefiniować do końca jej potrzeb, gdyby wszyscy chorzy byli diagnozowani i kontrolowani w takim zakresie, jak wymagają tego obowiązujące standardy kliniczne. A są to rzeczy, które można policzyć, znając obecną liczbę chorych w trakcie leczenia i kontroli czy rekonwalescencji oraz liczbę osób, które powinny być objęte skutecznymi programami profilaktycznymi, oraz dysponując prognozami epidemiologicznymi i demograficznymi. Do tego należy dołączyć przegląd terapii stosowanych w Europie, których skuteczność nie podlega dyskusji, i sukcesywnie włączać je do koszyka świadczeń gwarantowanych, uwzględniając te pozycje w budżecie. W przeciwnym razie każda dyskusja o pieniądzach, które mogłyby być przekazane na onkologię, będzie przypominać szermierkę na cepy i mieć medialny, a nie merytoryczny wymiar. Gdybym miał do dyspozycji te pieniądze, zacząłbym właśnie od tego. Na tej podstawie określiłbym, jaka ich ilość jest potrzebna, aby realnie pomóc polskiej onkologii, a także jaka powinna być hierarchia w strukturze ich wydatkowania.

„ Ministerstwo Zdrowia nie wie, ile pieniędzy potrzebuje onkologia, i nie potrafi zdefiniować do końca jej potrzeb, gdyby wszyscy chorzy byli diagnozowani i kontrolowani ”

Działając doraźnie, przeznaczyłbym te pieniądze na zapłacenie za wszystkie nadwykonania w placówkach onkologicznych i podniósłbym wycenę procedur diagnostycznych, aby zwiększyć ich dostępność. Z części środków stworzyłbym fundusz premii dla podmiotów, które skrócą czas oczekiwania na diagnozę, terapię i rehabilitację o odpowiedni wskaźnik, który byłby

powiązany z otrzymaną kwotą. Te działania doraźnie przyniosłyby korzyści pacjentom i mogłyby być początkiem zmian systemowych.



Adam Maciejczyk
prezes Polskiego Towarzystwa
Onkologicznego

Na co przeznaczyć 2 mld zł w onkologii? Onkologia potrzebuje inwestycji w poprawę organizacji opieki nad pacjentem.

Ponad 2,6 tys. szpitali z umowami na realizację pakietu onkologicznego, kolejki do badań diagnostycznych, długi czas oczekiwania na wynik, ponowne wykonywanie badań, utrudniony dostęp do kompleksowego leczenia, słabe rokowania, brak informacji i wsparcia w chorobie nowotworowej – to rzeczywistość wielu polskich pacjentów. Potrzebujemy inwestycji w rozwiązanie, dzięki którym zlikwidujemy nierówności w dostępie do opieki onkologicznej.

„ Prawidłowa diagnostyka jest podstawą, dlatego wprowadzenie np. ujednoliconego zapisu badania histopatologicznego (w formie tzw. raportów synoptycznych) pozwoliło na przyspieszenie rozpoczęcia leczenia ”

Wskaźniki umieralności z powodu chorób nowotworowych w Polsce są wyższe w porównaniu z innymi krajami europejskimi, dlatego nasi pacjenci potrzebują pomocy tu i teraz. Z tych powodów w ubiegłym roku w dwóch województwach rozpoczęto pilotaż sieci onkologicznej. Pacjenci w sieci szybciej trafiają do wyspecjalizowanych ośrodków, a w każdym ośrodku onkologicznym są stosowane podobne standardy leczenia (zgodnie z aktualną wiedzą medyczną). W sieci onkologicznej opracowano schematy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, aby pacjent miał wykonany komplet niezbędnych badań, włączając w to badania molekularne. Na tej podstawie interdyscyplinarny zespół rozpoczyna optymalną terapię. Po prawie roku funkcjonowania pilotażu obserwujemy jego pozytywne efekty.

Prawidłowa diagnostyka jest podstawą, dlatego wprowadzenie np. ujednoliconego zapisu badania histopatologicznego (w formie tzw. raportów synoptycznych) pozwoliło na przyspieszenie rozpoczęcia leczenia. Lekarze, mając dobrze przygotowany wynik badania,

unikają błędnych decyzji klinicznych i mogą zaproponować pacjentowi optymalną terapię. Ponadto monitorowany jest czas oczekiwania na wynik tego badania, który wynosi poniżej 14 dni. Do tej pory parametr ten w ogóle nie był mierzony, a pacjenci skarżyli się na długie oczekiwanie na opis wyniku. W sieci duży nacisk kładzie się na stosowanie terapii, które są oszczędzające dla pacjenta i pozwalają mu wrócić do normalnego życia. Parametry oceny jakości zabiegów chirurgicznych są ściśle monitorowane. Opieka jest maksymalnie dostosowana do potrzeb pacjenta.

Liczne badania potrzeb pacjentów onkologicznych wskazywały, że chorzy potrzebują wiedzy, aby mieć poczucie bezpieczeństwa. Dlatego w pilotażu sieci onkologicznej wprowadzono infolinię onkologiczną. Pacjent, który dowiaduje się o chorobie, ma wiele pytań. Infolinia to miejsce, gdzie może uzyskać na nie odpowiedzi. Kolejnym kluczowym wsparciem jest wprowadzenie koordynatora, który już od pierwszej wizyty w poradni onkologicznej pomaga pacjentowi przechodzić przez kolejne etapy leczenia. Dzięki pilotażowi udało się znacznie poszerzyć zakres kompetencji koordynatorów i obecnie opieka ma ewoluować w kierunku bardziej spersonalizowanym, tj. koordynatorzy mają specjalizować się w opiece nad pacjentem z danym nowotworem, aby jeszcze lepiej odpowiadać na jego specyficzne potrzeby. Inne potrzeby ma kobieta z rakiem piersi, a inne mężczyzna z rakiem prostaty.

Ogromną wartością dla polskiej onkologii jest to, że zaczęliśmy w końcu mierzyć jakość opieki. Pilotaż pozwolił na stworzenie pierwszych rejestrów narządowych i kolejnym naturalnym kierunkiem jest płacenie za wynik leczenia. Sieć onkologiczna powoduje wzrost liczby pacjentów na poszczególnych etapach ścieżki, co jest naturalnym efektem sprawniejszego działania systemu. Większa liczba pacjentów, u których realizowane są deficytowe procedury, powoli zwiększa zadłużenie szpitali. Dlatego jeśli chcemy na stałe poprawić jakość opieki onkologicznej, muszą iść za tym adekwatne środki finansowe – dofinansowanie musi mieć charakter stały, a nie doraźny.

Pierwsze efekty pilotażu są obiecujące i obecnie nie powinniśmy już rozmawiać o tym, czy wprowadzić krajową sieć onkologiczną, lecz kiedy.



Jakub Kosikowski
lekarz onkolog, były przewodniczący
Porozumienia Rezydentów

Na co można by wydać 2 mld zł w onkologii? Zaczęłbym od personelu, bo to jest dziś wąskie gardło polskiej onkologii.

Sugeruję, aby za 80 mln zł zatrudnić na rok do pomocy każdemu specjalistce onkologii klinicznej (976 w Polsce) dwie asystentki medyczne, które miałyby

„ Za 304 mln zł można zatrudnić wszystkich 6663 absolwentów studiów pielęgniarских z naboru 2018/2019 z pensją 3800 zł brutto ”

pensje w wysokości 3400 zł brutto (bez kosztu pracodawcy), by przyjmując tę samą liczbę pacjentów, mógł każdemu poświęcić więcej czasu. Badałby, rozmawiał, zlecał i szedł do kolejnego gabinetu. W tym czasie pierwszy asystent wprowadzałby zlecenia do systemu i wypełniał niezbędne dokumenty. W wypadku radio-terapeuty, chirurga onkologicznego i dowolnego innego specjalisty onkologii można zrobić tak samo.

Za 304 mln zł można zatrudnić wszystkich 6663 absolwentów studiów pielęgniarских z naboru 2018/2019 z pensją 3800 zł brutto. Albo przynajmniej finansowo zachęcić tych, którzy po skończonych studiach nie podejmują pracy w zawodzie. I skusić ich do pracy w onkologii. U lekarzy „specjalizacje priorytetowe” przynoszą efekt, dlaczego nie zrobić tak samo w pielęgniarstwie?

Za część pieniędzy można by zatrudnić dodatkowych diagnostów laboratoryjnych (liczba badań zlecanych w centrach onkologii przy chemioterapiach jednodniowych i w poradniach jest bardzo duża, a pracownicy są przemęczeni), fizjoterapeutów (pacjenci po operacjach i leczeniu onkologicznym wymagają rehabilitacji, która teraz często jest niedostępna), zorganizować transport (problem wykluczenia transportowego pacjentów onkologicznych, którzy nie mają możliwości dojazdu na leczenie do dużych ośrodków, jest bardzo realny i pomijany w debacie o ochronie zdrowia) i utworzyć specjalizacje superdeficytowe w tych dziedzinach, które nie zyskały na podziale rezydentów na deficytowych i niedeficytowych, a w których są braki w onkologii. Zrobił się boom na medycynę rodzinną, anestezjologię i intensywną terapię oraz internę. Nie ma boomu na patomorfologię, chirurgię ogólną i onkologiczną, onkologię kliniczną i medycynę paliatywną. Może warto dodatkowo zachęcić lekarzy?

Oprócz tego zatrudniłbym koordynatora leczenia onkologicznego dla każdego pacjenta. Osobę, która pilnuje i umawia terminy wizyt, badań, transportu i leczenia. W onkologii wiele zależy od koordynacji, a u nas nie jest ona skuteczna.

To co zostanie, przeznaczyłbym na terapie onkologiczne, których nam brakuje, według zaleceń ESMO.

I... po dwóch miliardach!



Fot. PAP/Jacek Turczyk

prof. Jan Lubiński
kierownik Zakładu Genetyki
i Patomorfologii Pomorskiego
Uniwersytetu Medycznego
w Szczecinie

Pieniądze na onkologię zawsze się przydadzą. Pytanie – na co je przeznaczyć i w jaki sposób wydatkować. Najważniejszą kwestią jest bezpieczeństwo pacjentów i ich szansa na leczenie i zdrowie. Czy jednak jest to możliwe do zrealizowania? Jak najbardziej. Wystarczy postawić na naukę i rozwiązania uznane w świecie lub rzeczywiście innowacyjne. Chodzi o przeniesienie osiągnięć badawczych na codzienną praktykę medyczną.

Na przykład leczenie raka piersi BRCA1-zależnego powinno bazować na cisplatynie, której działanie jest udowodnione. Jeśli zostanie ona wprowadzona do powszechnego stosowania, uratuje to corocznie życie ok. 500 kobiet. Polska jest homogenna genetycznie i powszechne testowanie na nosicielstwo mutacji charakterystycznych dla naszej populacji pozwoliłoby zmniejszyć ryzyko raka u niemal miliona osób. Polki są bardzo wrażliwe na zatrucie arsenem i jego dietetyczna optymalizacja najprawdopodobniej kilkakrotnie obniża ryzyko wystąpienia raka. Na pewno nie wolno godzić się na to, aby pozostawiać chore bez pomocy medycznej i psychologicznej. Mamy ogromny problem z merytorycznością.

„Wystarczy postawić na naukę i rozwiązania uznane w świecie lub rzeczywiście innowacyjne”

Wielka szkoda, że nie znajdujemy mądrości i siły na wdrażanie rozwiązań, które służą pacjentom. Nie wolno pozbawiać ludzi możliwości uczestnictwa w terapiach nawet wtedy, gdy opracowano je po raz pierwszy w Polsce.



Fot. Władysław Czuliak/AG

dr hab. Dawid Murawa
kierownik Katedry Chirurgii
i Onkologii na Uniwersytecie
Zielonogórskim, prezes
Polskiego Towarzystwa Chirurgii
Onkologicznej

Prawda jest taka, że w wypadku nowotworów najskuteczniejsze jest leczenie chirurgiczne. 60–70 proc. wyleczonych zawdzięcza to chirurgii onkologicznej, a chemioterapii i radioterapii 30–40 proc. Wniosek wydaje się oczywisty, choć w przestrzeni publicznej się o tym nie mówi – powinniśmy dofinansować chirurgię onkologiczną. Jestem praktykiem, nie

„Wystarczyłoby część z 2 mld zł przeznaczyć na zakup sprzętu, na wyposażenie szpitali w niezbędne przyrządy chirurgiczne. To wstyd, że Polska ma takie problemy”

teoretykiem. Pracuję na co dzień w szpitalu, operowałem w wielu placówkach. Czego brakuje? Sprzętu. Chirurgia to dziedzina, w której nie można pracować młotkiem i śrubokrętem. Konieczne jest zainwestowanie w sprzęt. Codziennym problemem w szpitalach jest operowanie używanymi się narzędziami. Zdarza się, że nie działają wszystkie laparaskopy w danej placówce, a przecież operacje małoinwazyjne są już standardem. Na międzynarodowych konferencjach rozmawia się o przewodzie chirurgii robotowej, a u nas nie ma pieniędzy na podstawowe wyposażenie. Posługujemy się zużytymi pęsetami chirurgicznymi, nożyczkami, imadłami i hakami chirurgicznymi, brakuje wysokiej jakości staplerów do zespolenia w przewodzie pokarmowym, nie mamy różnych typów siatek, w tym do rekonstrukcji piersi, ultrasonografów śródoperacyjnych, nowoczesnych laparoskopów, termoablatorów. To są fakty, o których nikt nie mówi. A podkreślę, że nie chodzi o sprzęt za miliony złotych.

Podam przykład. Od kwietnia do grudnia 2019 r. zoperowaliśmy 40 pacjentów, wykonywaliśmy u nich zabiegi termoablacji mikrofalowej guzów przerzutowych w wątrobie. Jak działa sprzęt wykorzystany podczas operacji? Do guza wkłuwamy igłę, ustalamy precyzyjnie parametry – moc i czas, by określić obszar niszczenia komórek. Temperatura dochodzi do 200°C. Urządzenie wypala guz. To zabieg bardzo radykalny, ale mniej obciążający dla pacjenta niż zwykłe cięcie. Możemy go stosować także przy guzach płuc i nerek. Pacjent wychodzi do domu w czwartej dobie. Sprzęt kosztuje 140 tys. zł, ale my go dzierżawimy. Co ma z tego producent? Zarabia na tym, że musimy kupić do każdego zabiegu nowe elektrody po znacznie wyższej cenie niż wtedy, gdyby termoablator był własnością kliniki. Producent jednak rezygnuje z dzierżawy, a to oznacza, że... musimy sprzęt kupić. Jeśli tego nie zrobimy, od marca nie będziemy mogli leczyć. Jesteśmy jedynym ośrodkiem w województwie zajmującym się chirurgią wątroby. Kłopot w tym, że nie mamy na to pieniędzy.

Wystarczyłoby część z 2 mld zł przeznaczyć na zakup tego sprzętu, na wyposażenie szpitali w niezbędne przyrządy chirurgiczne. To wstyd, że Polska ma takie problemy. ■