



Edyta Hetmanowska, 2017-08-18 09:05

Prof. Jassem: onkologia to nie jest worek bez dna



O problemach polskiej onkologii mówi nam prof. Jacek Jassem, kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Panie Profesorze, „Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024” ma już trzy lata. Jakie są losy tego dokumentu?

Strategię przygotowało, pracując społecznie, około 200 osób. W ostatniej fazie prac uczestniczyli dwaj ówczesni wiceministrowie zdrowia i prezes NFZ. Podjęliśmy oddolnie ten trud, ponieważ wyniki leczenia nowotworów w Polsce są o ponad 10 punktów procentowych niższe niż średnia w Unii Europejskiej, a Polska jest jednym z nielicznych krajów, które nie mają oficjalnej strategii walki z rakiem. Ponieważ nie było sygnałów, że państwo chce się tym zająć, postanowiliśmy wziąć to we własne ręce. Sami zebraliśmy na to środki i zorganizowaliśmy całą logistykę. Państwo zaoszczędziło więc sporo pieniędzy. Był to doskonały przykład obywatelskiej inicjatywy, szkoda tylko, że nikt nam za to nawet nie podziękował.

Ostateczny dokument w wersji polskiej i angielskiej przekazałem osobiście 10 czerwca 2014 roku ówczesnemu ministrowi zdrowia Bartoszowi Arłukowiczowi. Otrzymaliśmy wówczas obietnicę, że wkrótce rozpoczną się prace wdrożeniowe. W tym czasie trwały już jednak gorączkowe przygotowania do wdrożenia „pakietu onkologicznego” i Ministerstwo nie miało czasu zająć się Strategią. Wiele osób myliło zresztą Strategię i pakiet, chociaż stanowi on tylko drobny fragment tego, co znalazło się w Strategii. Obejmuje wyłącznie kilka, skądinąd ważnych aspektów diagnostyki i leczenia nowotworów. Strategia to 150-stronicowy dokument obejmujący całe spektrum problemów związanych z szeroką pojętą walką z rakiem: zarządzanie, profilaktykę, rozwój edukacji społecznej i badań naukowych, kształcenie kadr medycznych, jakość życia czy wychodzenie z choroby. O polskiej strategii mówi się za granicą, jestem

zapraszany na międzynarodowe konferencje, aby opowiedzieć jak powstawała i co zawiera. Minister zdrowia Chorwacji powołał mnie na eksperta w pracach nad tamtejszą strategią.

Do Strategii powrócono w Polsce w lutym 2015 roku wraz z powołaniem Krajowej Rady ds. Onkologii – organu doradczego przy ministrze zdrowia. W ubiegłym roku wyłoniono z jej grona grupę wdrożeniową, której mam zaszczyt przewodniczyć. Przygotowaliśmy dziewięć priorytetowych działań, które zaakceptowała Krajowa Rada ds. Onkologii. Ponieważ od przygotowania pierwszej wersji minęły trzy lata, na prośbę ministra przygotowaliśmy jej aktualizację. Nowa wersja uwzględnia najważniejsze działania podjęte w tym okresie – powołanie Krajowej Rady ds. Onkologii, przekształcenie AOTM w AOTMiT czy opracowanie map potrzeb zdrowotnych w onkologii. Są tam też aktualne dane dotyczące epidemiologii, infrastruktury opieki onkologicznej i zasobów kadrowych, oraz kilka nowych działań. Minister otrzymał ten dokument 28 maja tego roku.

Trzeba przyznać, że niektóre działania zawarte w Strategii są już realizowane. W ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (przypomnę, że jest to pomocowy program z kwotą 250 milionów rocznie) finansowane są np. badania przesiewowe, projekty aparaturowe, opieka nad osobami wysokiego ryzyka w związku z nosicielstwem mutacji, poprawa nauczania studentów w dziedzinie onkologii czy rejestr nowotworów. Zaostrzono przepisy antytytoniowe oraz dotyczące korzystania z solariów. Podjęto przygotowania do stworzenia ośrodków skoordynowanej opieki narządowej. Najbardziej zaawansowane są tzw. breast unity; toczą się prace nad skoordynowaną opieką w raku płuca, nowotworach jelita grubego, raku gruczołu krokowego i nowotworach narządu rodowego. W ramach pakietu onkologicznego wprowadzono obowiązkowe konsylia lekarskie przed rozpoczęciem leczenia, o co od dawna walczyliśmy. Podniesiono rangę zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych, które obecnie mają podlegać AOTMiT i mieć charakter oficjalnych wytycznych obwieszczanych przez ministra. W ramach pakietu wprowadzono koordynatorów leczenia, ale wielu z nich zamiast pomagać chorym zajmuje się rozliczaniem procedur. Finansowany jest pobyt hotelowy chorych w trakcie radioterapii. Rozpoczęto prace nad jakością w onkologii; opracowywane są wskaźniki jakości, które mają być monitorowane. Cały czas brakuje jednak szerokiego otwarcia i przyjęcia Strategii jako oficjalnego dokumentu państwowego, do którego można będzie nawiązywać w kolejnych działaniach. Strategia wymaga także pilnego opracowania planu wdrożeniowego, bo tymczasem jest to dokument koncepcyjny, z jedynie zarysowanymi celami i działaniami.

Jaka jest szansa na uznanie strategii za oficjalny dokument i szybkie wdrożenie?

Jestem ostrożnym optymistą. Minister deklaruje dobrą wolę, a to już dużo. Uznał Strategię za bardzo dobry dokument. Obiecał powołanie w Ministerstwie zespołu, który się tym zajmie. Jest to jednak projekt międzysektorowy, angażujący także inne ministerstwa, więc będą konieczne uzgodnienia na szczeblu Rady Ministrów. Pozostaje mi tylko życzyć wszystkim polskim pacjentom, żeby stało się to jak najszybciej.

Dyrektorzy placówek onkologicznych twierdzą, że przez pakiet onkologiczny mają kłopoty finansowe. Nie tak miało być...

Założenia pakietu wszyscy chwalili, bowiem miał on znieść limity w onkologii. W grudniu 2013 roku, jako ówczesny przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego w liście do prezydenta RP, premiera oraz ministra zdrowia osobiście o to prosiłem. Wskazałem równocześnie, że pracujemy nad Strategią, która obejmie problem walki z rakiem w znacznie szerszym zakresie. Być może dlatego nastąpiła tak szybka reakcja rządu. Trudno kwestionować dużą wartość pakietu. Pozwolił on znacznie skrócić proces diagnostyki i przyspieszyć leczenie. Został jednak obudowany masą biurokratycznych ograniczeń, które w dużym stopniu zmniejszyły jego korzyści. Oprócz tego duża część chorych z różnych powodów pozostała poza pakietem i ich sytuacja wręcz się pogorszyła. Niedawny krytyczny raport NIK potwierdził nasze obserwacje. W Polsce na onkologię przeznaczają się relatywnie znacznie mniej środków niż na inne dziedziny medycyny; wydatki w przeliczeniu na jednego chorego są trzykrotnie mniejsze niż średnia w Unii Europejskiej. Niestety

pakiet, mimo wielu nowych zadań, nie przewidywał żadnych dodatkowych środków. Liczyliśmy więc, że w ramach racjonalizacji wydatków zostaną one przeniesione stamtąd, gdzie są źle wydawane tam, gdzie ich brakuje. Niestety oszczędności, wynikające np. ze zmniejszenia niepotrzebnej hospitalizacji, po prostu zniknęły z onkologii. Spowodowało to obecną, bardzo trudną sytuację finansową ośrodków onkologicznych, bowiem niektóre świadczenia pozostają fatalnie finansowane, a inne są na granicy opłacalności. Kiedy zapytałem ministra Radziwiłła, gdzie są te oszczędności (sądzę że chodzi o kilkaset milionów złotych), powiedział abym zapytał o to jego poprzedników. To zniechęca i deprymuje, bowiem oczekiwaliśmy racjonalizacji, a nie redukcji finansowania świadczeń onkologicznych.

Jakie są białe plamy w onkologii? Gdyby onkologia otrzymała dodatkowe pieniądze, na co by je Pan wydał?

Przede wszystkim na profilaktykę. Trzeba przerwać błędne koło, w którym liczba nowotworów gwałtownie rośnie i nie możemy zaspokoić związanych z tym potrzeb. Profilaktyka w onkologii odgrywa fundamentalną rolę, ponieważ około 70% nowotworów ma swoją przyczynę w stylu życia i diecie. Pozwala uniknąć wielu nieszczęść i jest nieporównanie tańsza niż leczenie. Polacy są nadal w europejskiej czołówce w paleniu tytoniu i spożyciu wysokoprocentowego alkoholu. Od lat próbuję się dowiedzieć, gdzie się podziało zapisane ustawowo pół procenta z akcyzy ze sprzedaży papierosów, które miało być przeznaczone na walkę z paleniem tytoniu. To ogromne pieniądze, o ile wiem na ten cel przekazywane jest tylko około 1% tej sumy. Źle się odżywiamy - co trzecie dziecko ma nadwagę lub otyłość. Za mało się ruszamy. Nie uruchomiliśmy programu masowych szczepień przeciwko HPV, choć obecnie już wiadomo, że chronią one przed zachorowaniem na raka szyjki macicy oraz prawdopodobnie na inne nowotwory związane z tym zakażeniem. Liczba zachorowań na raka szyjki macicy jest na poziomie trzeciego świata - stajemy się w tej dziedzinie europejskim skansenem.

W zakresie świadczeń zdrowotnych największym problemem staje się diagnostyka. Dzięki pakietowi chory wchodzi do systemu skróconą ścieżką, ale po jakimś czasie trzeba mu wykonać kolejne badania diagnostyczne. I trafia do ogromnej kolejki, bo pakiet tego nie obejmuje. W efekcie nie da się ocenić, czy leczenie pomaga czy nie, bo chorzy czekają kilka miesięcy na wykonanie badania tomograficznego lub rezonansu. Kosztowne i często toksyczne leczenie stosowane jest więc „w ciemno” lub chorzy sami płacą za badania. Diagnostyka PET, która z powodu limitów jest w tej chwili w wielu nowotworach standardem, w niektórych miejscach jest zupełnie niedostępna. Jeżeli np. u chorego na raka płuca, który ma mieć ciężki zabieg operacyjny, nie wykonamy PET-u i później okazuje się, że miał przerzuty, to całe obciążające i drogie leczenie nie ma sensu. W moim województwie praktycznie nie wykonuje się już tych badań, bo skończyły się limity. Chorzy peregrynują więc z mozołem po całej Polsce, aby je wykonać, a miejscowy NFZ musi i tak za to zapłacić. Naprawdę trudno to pojąć.

Trzeba jednak równocześnie stworzyć bardziej efektywny system diagnostyki, zwłaszcza w odniesieniu do drogich metod. W tej chwili na podstawie kontraktów z NFZ, diagnostykę onkologiczną w ramach pakietu realizuje około siedem tysięcy podmiotów. To nie może dobrze działać. My proponujemy stworzenie na bazie istniejących instytucji, które dysponują odpowiednim wyposażeniem i kadrą, ośrodków kompleksowej diagnostyki onkologicznej. Chory z podejrzeniem nowotworu przejdzie tam szybko całą ścieżką diagnostyczną opartą na najlepszych standardach. Nie tylko skróci to cały proces, ale również ograniczy koszty. Badania będą racjonalne i dobrej jakości. Nie będzie potrzeby ich mnożenia, co jest obecnie nagminne - jeśli bowiem proces diagnostyczny trwa parę miesięcy, to niejednokrotnie trzeba je powtarzać. Stworzenie takich ośrodków jest jednym z priorytetowych działań przyjętych przez Krajową Radę ds. Onkologii. To jest sytuacja typu win-win - skorzysta na tym nie tylko pacjent, ale i płatnik. Może na początku trzeba trochę zainwestować, ale koszty szybko się zwrócą, przede wszystkim dzięki skuteczniejszemu leczeniu.

Jeśli chodzi o dostęp do terapii, jakie widzi Pan braki?

Zawsze chcielibyśmy, aby chorzy mieli dostęp do nowoczesnych terapii, zwłaszcza nowych leków. Trzeba przyznać, że ten dostęp ostatnio nieco się poprawił, ale w wielu obszarach nadal jesteśmy znacznie poniżej średniej Unii Europejskiej. Liczba leków onkologicznych szybko rośnie, ale jeszcze szybciej rosną ich koszty. Nie możemy więc w pełni zaspokoić potrzeb chorych. Staje się to zresztą ogólnoswiatowym problemem. Trzeba więc wykorzystać wszystkie dostępne mechanizmy, aby chorzy mogli z tych terapii skorzystać. Polityka refundacyjna powinna być oparta na racjonalnych przesłankach i przejrzysta. Kilka lat temu stworzyliśmy algorytm pozwalający obiektywnie ocenić wartość poszczególnych leków oczekujących na refundację, nie jest on jednak dotychczas wykorzystywany. Pewną nadzieję budzi pojawienie się w najbliższych latach dużej grupy leków biopodobnych (biosymularów), które obniżą koszty leczenia. Trzeba dążyć do zwiększenia udziału polskich chorych w badaniach klinicznych, które stwarzają szansę na najbardziej innowacyjne leczenie.

Dostęp do chirurgii i radioterapii bardzo się w Polsce poprawił, ale chirurgia jest nadal źle finansowana. To problem, o którym mało się mówi. Wszyscy słyszymy, że brakuje takiego czy innego leku, ale nie mówi się, że za zabiegi chirurgiczne płaci się dramatycznie mało, co obniża ich jakość. Podam prosty przykład – podczas zabiegu operacyjnego powinno się zakładać metalowe znaczniki, które pokazują, gdzie znajdował się usunięty nowotwór. To ogromnie poprawia precyzję pooperacyjnej radioterapii. Tymczasem tych znaczników w wielu ośrodkach się nie stosuje, bo są dosyć drogie. W efekcie chorzy bywają napromieniani jedynie na podstawie wyobrażenia o pierwotnej lokalizacji guza – nie muszą mówić z jakimi skutkami. To oczywiście tylko jeden z wielu przykładów, pokazujący jak oszczędności w chirurgii obniżają jej jakość. To pozorne oszczędności, bowiem zła chirurgia oznacza więcej nawrotów, a trwające nieraz latami leczenie niepowodzeń jest ogromnie kosztowne. Niezależnie od tego chirurgia nowotworów jest w Polsce nadmiernie rozproszona. Nie da się robić dobrej chirurgii, wykonując kilka onkologicznych zabiegów rocznie. Jeśli nie można tego uporządkować w ramach istniejących przepisów, trzeba wzorem innych krajów przyjąć środowiskowy konsensus.

Fatalnie wygląda sytuacja w opiece paliatywnej i hospicyjnej, zwłaszcza prowadzonej w domu. W cywilizowanym kraju trudno to zaakceptować. Niezależnie od tego podnosi to koszty, bo ci chorzy są często niepotrzebnie hospitalizowani.

W dużym stopniu niedofinansowana jest patomorfologia, co obniża jej jakość. Zaczyna brakować patomorfologów, a bez nich nic nie zrobimy. Badania bywają wykonywane poniżej standardów np. poprzez zmniejszenie liczby badanych wycinków. Nie wykonuje się badań immunohistochemicznych, które pozwalają ustalić lub uściślić rozpoznanie. Jest wreszcie problem diagnostyki genetycznej, która jest niezbędna w erze terapii celowanych. Dotychczas nie wprowadzono akredytacji pracowni genetycznych, co nie pozwala zweryfikować wartości wykonywanych badań. Diagnostyka genetyczna jest wprawdzie od niedawna finansowana, ale istniejący system działa kontrproduktywnie. Badania te można bowiem sfinansować wyłącznie w ramach pobytu szpitalnego, podczas gdy w większości przypadków są one potrzebne dopiero w momencie nawrotu choroby (leki celowane stosowane są przede wszystkim w zaawansowanej chorobie). Przyjęcie chorego ponownie do szpitala, aby jego archiwalny wycinek wysłać do badania jest niedorzeczne i podnosi koszty, więc trzeba to jakoś rozwiązać. Warto w ogóle zrobić rejestr absurdów w onkologii, bo jest ich dużo. Generują niepotrzebne koszty, utrudniają życie chorym i zabierają cenny czas personelowi medycznemu. Nie tupać nogami i krzyczeć, że nam wszystkiego brakuje, tylko pokazać jak można zrobić lepiej pewne rzeczy bez finansowej katastrofy.

Czy ma Pan poczucie, że onkologia jest dzisiaj priorytetem?

Nie. Nigdy nie miałem takiego poczucia. Mam wrażenie, że wiele osób traktuje onkologię jak worek bez dna, gdzie pieniądze wydawane są na leczenie beznadziejnych przypadków, a większość chorych umiera. To nie tylko jest niepoprawne politycznie, ale też nieprawdziwe. Już w tej chwili potrafimy wyleczyć połowę chorych na nowotwory. Większość z nich podejmuje ponownie pracę lub edukację, wraca do swoich

wszystkich rodzinnych i społecznych ról. Nie umiemy liczyć kosztów pośrednich samej choroby, które są wysokie, jeśli leczenie nie jest skuteczne. Odium, którym otoczona jest onkologia trzeba zwalczać. Nie można jej traktować gorzej niż innych dziedzin medycyny naprawczej; trzeba ją doskonalić i rozwijać, aby była jeszcze skuteczniejsza. Chorzy muszą mieć poczucie, że w tej trudnej chwili państwo zrobi wszystko, by im pomóc. Że nie będą dyskryminowani i otoczeni niechęcią. Dotyczy to także sfery społecznej i psychologicznej, która w Polsce nadal jest niedoceniana. Liczba zgonów nowotworowych nieustannie rośnie, już obecnie co czwarty Polak umiera na nowotwór złośliwy, a będzie jeszcze gorzej. Za parę lat nie damy sobie z tym rady. Trzeba zrobić wszystko, aby zapobiec tej katastrofie.