



Biała Księga

Rozmowa z prof. Jackiem Jassemem,
przewodniczącym Polskiego
Towarzystwa Onkologicznego

Polskie Towarzystwo Onkologiczne przygotowało publikację „Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich”. To kolejny raport poświęcony polskiej onkologii. Czemu ma służyć?

Nie mogę się zgodzić z określeniem „kolejny raport”. O ile mi wiadomo, takiego opracowania jeszcze nie było. To oparta na bardzo rzetelnych danych analiza stanu polskiej onkologii na tle innych krajów europejskich, na przykładzie dwóch ważnych nowotworów. Wykorzystaliśmy niemal wszystkie dostępne źródła, aby pokazać, jak wygląda rozpoznawanie i leczenie tych nowotworów. Skupiliśmy się na czynnikach, które można zmierzyć i które wpływają na wyniki leczenia. W onkologii co kilka lat przygotowywane są tzw. raporty sztokholmskie poświęcone dostępowi do innowacyjnych terapii w różnych krajach. Wnioski są cenne, ale niepełne: to oglądanie problemu przez dziurkę od klucza. Dostęp do innowacyjnych terapii jest ważny, ale obraz nie będzie kompletny, jeżeli nie uwzględnimy problemu nowotworów również w innych obszarach. Należy np. wziąć pod uwagę dostęp do profilaktyki pierwotnej i wtórnej, infrastrukturę i organizację ochrony zdrowia w danym kraju. Trzeba szerzej spojrzeć na ten problem i my staraliśmy się to zrobić. Instytut Onkologii publikuje dane epidemiologiczne, naszym zadaniem była natomiast ocena, czy jest lepiej czy gorzej niż w innych krajach.

Jak zatem wypadamy na tle Europy – lepiej czy gorzej?

Skupiliśmy się na trzech wskaźnikach: zapadalność, umieralność i wyleczalność. Jeśli chodzi o dwa pierwsze, trudno je klasyfikować w kategoriach „lepiej-gorzej”. Podam przykład. Nowotwory występują najczęściej u osób starszych. Nasze społeczeństwo w po-

równaniu z innymi w Europie jest nadal stosunkowo młode, więc zapadalność i – co za tym idzie – umieralność mamy niższą niż w wielu krajach europejskich. Ale to się zmienia – średnia życia się wydłuża, społeczeństwo się starzeje. To nieuchronnie będzie prowadziło do wyższej zachorowalności. Do porównań lepiej nadaje się wyleczalność, która jest jednym z wykładników skuteczności systemu. I jeżeli mówimy np. o możliwościach wyleczenia różnych nowotworów, to w Polsce nadal są one mniejsze niż w innych krajach. Mimo postępu, który na szczęście notujemy cały czas, nadal jesteśmy w ogonie Europy.

Dlaczego tak się dzieje?

Tym zajmujemy się w rozdziale „Analiza zasobów systemu opieki onkologicznej i czynników warunkujących sukces”. To chyba najważniejsza część raportu, która różni go od innych dokumentów poświęconych polskiej onkologii. Próbujemy ocenić, czy wyleczalność związana jest np. z liczbą lekarzy, urządzeń do diagnostyki i terapii czy też łóżek szpitalnych. Co do tego ostatniego zagadnienia: są kraje, gdzie jest o połowę mniej łóżek onkologicznych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców niż w Polsce, a wyleczalność jest znacznie wyższa. Tak jest np. w Finlandii. Bo nie łóżka leczą, lecz właściwie wykształceni lekarze, dobrze zorganizowany system i dostęp do nowoczesnych technologii w zakresie diagnostyki i terapii. U nas np. nadal w onkologii dominuje szpitalny model leczenia, niebywale kosztochłonny i zupełnie niewydajny. W efekcie często bywa tak, że koszty hospitalizacji, w ogromnej większości niepotrzebnej, przekraczają koszty samego leczenia. I to w sytuacji, kiedy niemal na wszystko brakuje pieniędzy! Często także przyjmuje się chorego do szpitala, aby wykonać proste badania diagnostyczne – tylko dlatego, że w warunkach ambulatoryjnych trzeba na nie czekać znacznie

dłużej. To klasyczna sytuacja błędnego koła. Inny przykład: w moim szpitalu klinicznym zakupiony z publicznych środków za ogromne pieniądze aparat PET/CT będzie pracował od lipca raz w miesiącu, bo podobno nie ma pieniędzy na wykonywanie tych badań. To, że sieć ośrodków PET ktoś centralnie zaplanował, że wielokrotnie wykazano, iż badania te są uzasadnione nie tylko medycznie, ale i ekonomicznie (pozwalają np. uniknąć niepotrzebnych i bardzo kosztownych zabiegów), nie jest argumentem. W efekcie chorzy wędrują na badania pomiędzy województwami i w końcu ten sam oddział NFZ będzie musiał komuś za to zapłacić.

Czy „Białą Księgę” można zatem nazwać rejestrem priorytetów w onkologii i na jej podstawie ułożyć listę działań – określić, co jest najważniejsze, co mniej ważne, co trzeba zrobić przede wszystkim, a co może poczekać?

Nie. To opis problemu, a raczej lista problemów, z którymi musimy się zmierzyć. Wnioski wynikające z tego raportu w odniesieniu do raka piersi i raka jelita grubego, traktowanych tu jako przykład, znajdują się w „Zielonej Księdze”, którą właśnie tworzymy.

Kiedy zostanie opublikowana?

Za kilka miesięcy. Nie chcemy formułować wniosków w pośpiechu, to jest zbyt ważny dokument. Musimy powiedzieć, co zrobić, żeby system skutecznie działał. Skoro w innych krajach można to osiągnąć, to dlaczego nie w Polsce? Chciałbym zrobić tu bardzo ważne zastrzeżenie: „Biała Księga” – i w zamyśle „Zielona Księga” – w odróżnieniu od innych opracowań tego typu nie jest próbą „skoku na kasę”. Naszym głównym celem nie jest „wyrwanie” pieniędzy z budżetu. Można podjąć wiele działań organizacyjnych, zmienić alokację środków, lepiej je wydawać, by osiągnąć pożądane efekty bez znaczącego zwiększenia wydatków.

Polska onkologia wpadła w pułapkę. Jest tak dużo zaawansowanych nowotworów, bo po prostu wykrywamy je za późno. Skoncentrowaliśmy się zatem na badaniach przesiewowych. Ale jeżeli nawet uda się wykryć chorobę wcześniej – co z tego, skoro nie ma systemu prowadzenia chorych? Pacjent dostaje informację: „ma pan/pani raka”, i w zasadzie nie wie, co robić dalej.

Niestety, tak właśnie jest. I to jest złe. Bo w onkologii do sukcesu potrzebne są cztery czynniki: zapobieganie, wczesne wykrywanie nowotworu, skuteczne leczenie i system, który te wszystkie ogniwa dobrze połączy. Niczego nie osiągniemy, jeżeli będziemy wcześniej wykrywać nowotwory i równocześnie zostawimy chorych samym sobie. Oni muszą dalej iść jak po sznurku, w ciągu kilku dni trafić do ośrodka, gdzie uzupełnione zostaną badania diagnostyczne, a w ciągu dwóch tygodni rozpocząć leczenie. I wtedy dopiero badania przesiewowe mają sens. Byłem jednym z pierwszych krytyków programów przesiewowych w takiej postaci, w jakiej zostały wprowadzone w Polsce. I bez tych programów mieliśmy olbrzymie kolejki. Owszem – wczesne wykrywanie było, jest i będzie bardzo ważne, ale będzie nieskuteczne, jeśli nie poprawią się inne czynniki warunkujące sukces. Bo jeżeli wskutek badań przesiewowych zwiększy się wykrywalność raka o 20 proc., musimy mieć infrastrukturę umożliwiającą przyjęcie większej liczby chorych. Tego nikt nie przewidział – organizatorzy ochrony zdrowia skupili się na pierwszym etapie, zapominając o kolejnych. Nie musimy wyważać otwartych drzwi czy wymyślać prochu. Możemy wykorzystać wiele doświadczeń z zagranicy, np. brytyjskich, gdzie kiedyś onkologia też była fatalnie zorganizowana i niedofinansowana.

Jak Brytyjczycy wyszli ze swojej pułapki?

Po prostu zaczęli działać. Ogromne wzburzenie wywołała informacja, że mają najdłuższy w Europie czas oczekiwania na radioterapię. Wtedy opracowali program podobny do naszego Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Stworzyli infrastrukturę dla radioterapii, co znacznie skróciło kolejkę do leczenia. Udowodnili, że można to zrobić. Można dobrze zorganizować badania przesiewowe i równocześnie skutecznie edukować społeczeństwo. Chcemy osiągnąć to samo, opierając się na wzorcach brytyjskich albo – jeszcze lepiej – skandynawskich, które są prawdziwym wzorem do naśladowania.

Prócz doświadczeń brytyjskich czy skandynawskich są konkretne zalecenia. Na przykład te, które sformułowała EUSOMA (*European Society of Breast Cancer Specialists*).

Musimy poprawić badania przesiewowe. W wypadku mammografii, ale jeszcze bardziej badań cytologicznych w kierunku raka szyjki macicy, mamy wielki problem. Przede wszystkim z przekonaniem kobiet do uczestniczenia w nich. Trzeba znaleźć sposób, żeby zrobić to znacznie skuteczniej. W odniesieniu do badań przesiewowych dotyczących raka jelita grubego polscy eksperci opracowali modelowy system oparty na kolonoskopii. Jego upowszechnienie to duży wysiłek organizacyjny i finansowy, ale na pewno warto podjąć to wyzwanie. Wracając do leczenia – proponujemy skoncentrowanie leczenia niektórych nowotworów w specjalistycznych ośrodkach. W odniesieniu do raka piersi najlepszym rozwiązaniem wydają się tzw. *Breast Units* (centra leczenia raka piersi). Są one zalecane przez EUSOMA, ale w Polsce niestety nadal ich nie ma.

Czyli powinna to być sieć wyspecjalistycznych ośrodków.

Tak, ale w formie sieci skupiającej się na konkretnych nowotworach. Tworzenie *Breast Units* powinno stanowić rodzaj programu pilotażowego, inicjującego budowę sieci zajmujących się innymi nowotworami. Bo każdy rak jest inny, każdy trzeba leczyć inaczej. Onkologia jest jedną nauką o wielkiej palecie specjalności i podspecjalności. Ważne, by w każdej z nich istniały centra wyspecjalizowane w leczeniu konkretnych nowotworów. Bo wysoko wyspecjalizowane, wielodyscyplinarne leczenie przynosi najlepsze efekty.

To oznacza, że raka piersi leczymy w wyspecjalizowanym ośrodku w Poznaniu, jelita grubego w Warszawie, inny nowotwór w Bydgoszczy. Czy tak?

Ależ skąd, jako współautor rekomendacji EUSOMA chciałbym wyjaśnić, że ośrodki wyspecjalizowane w leczeniu raka piersi powinny powstać wszędzie tam, gdzie istnieje taka potrzeba i odpowiednie warunki. Idea *Breast Units* polega na tym, żeby w takim ośrodku kobiety mogły otrzymać kompleksową opiekę: od profilaktyki, poprzez wczesne rozpoznawanie, po leczenie i rehabilitację psychofizyczną – wszystko w jednym miej-

scu. Dzisiaj często bywa tak, że kobieta otrzymuje niepokojący wynik mammografii i nie bardzo wie, co ma z nim zrobić, gdzie zwrócić się o pomoc. Kiedy wreszcie uda się wykonać niezbędne badania dodatkowe, zaczyna się oczekiwanie na zabieg chirurgiczny, a potem na wynik badania histopatologicznego, bez którego nie można podjąć dalszego leczenia. Stwórzmy sieć ośrodków, w których wszystkie te działania będą prowadzone sprawnie i szybko, a chorzy będą przekazywani „z ręki do ręki”. I jeszcze jedno – EUSOMA zaleca, aby rakiem piersi zajmowały się ośrodki, w których leczy się co najmniej 150 nowych chorych rocznie. Bo dopiero przy takim poziomie świadczeń placówka nabywa odpowiednich umiejętności. Istnieje wiele dowodów na to, że jakość i skuteczność terapii są ściśle związane z liczbą leczonych chorych. Czy chora na raka piersi świadomie wybierze jako miejsce leczenia ośrodek, w którym wykonuje się rocznie kilka zabiegów?

A co z dotychczasowymi centrami onkologii?

Właśnie one, choćby z racji największego doświadczenia, powinny stanowić bazę do tworzenia *Breast Units*, *Prostate Units* czy *Colorectal Units*. Te centra będą miały jeszcze jedno bardzo ważne zadanie. W pewnym momencie będą musiały przekonać NFZ, że obecne rozproszenie leczenia onkologicznego jest jedną z głównych przyczyn jego niskiej skuteczności i że niekoniecznie wszystkie jednostki muszą mieć prawo do podpisywania umów z funduszem. Oczywiście nie chodzi tutaj o protekcyjność i stawianie administracyjnych barier, ale trzeba zdefiniować warunki, jakie powinny spełniać jednostki zajmujące się leczeniem nowotworów. Jestem przekonany, że będzie to jedno z zaleceń, które znajdą się w „Zielonej Księdze”.

Rozmawiał Janusz Michalak