

DEBATA „RZECZPOSPOLITEJ”

Leczenie nowotworu zaczyna się od odpowiedniej diagnozy

Likwidacja „wąskich gardeł” w systemie leczenia onkologicznego i postawienie na leczenie koordynowane przez ośrodki referencyjne pozwoli lepiej wykorzystać środki, jakie już dziś przeznaczane są na terapię.

PRZYSZŁOŚĆ
OCHRONY ZDROWIA
W POLSCE



Jak poprawić sytuację poprzez rozwiązania systemowe – zastanawiali się eksperci



PROF. TOMASZ GRODZKI

konsultant krajowy, chirurg
klatki piersiowej, senator PO



PROF. ANDRZEJ MARSZAŁEK

prezes Polskiego Towarzystwa
Patologów, konsultant krajowy



SŁAWOMIR GADOMSKI

wiceminister
zdrowia



DR JERZY GRYGLEWICZ

Instytut Zarządzania w Ochronie
Zdrowia Uczelni Łazarskiego



ALEKSANDRA RUDNICKA

rzecznik Polskiej Koalicji Organizacji
Pacjentów Onkologicznych



DR N. MED. IWONA SKONECZNA

onkolog, Szpital
św. Elżbiety

KAROLINA KOWALSKA

Terapia chorych na nowotwory to nie tylko dostęp do najnowocześniejszych leków, ale dobra diagnoza, która decyduje o optymalnym leczeniu, a także koordynowana opieka nad chorym. Pierwszym krokiem do poprawy sytuacji pacjentów onkologicznych było wprowadzenie w 2015 r. pakietu onkologicznego, czyli przyspieszonej ścieżki diagnostyki i leczenia.

Pakiet zadziałał, choć nie jest pozbawiony wad. Do refundacji trafia coraz więcej nowoczesnych leków, które poprawiają rokowania pacjentów. Wciąż nie wyodrębniono jednak wyceny badań patomorfologicznych, będących podstawą diagnozy. Jak poprawić sytuację chorych onkologicznie poprzez rozwiązania systemowe – zastanawialiśmy się wspólnie z ekspertami podczas debaty „Rzeczpospolitej”.

Mniej zgonów

Jak wynika z danych Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2016 r. odnotowano 164 tys. zachorowań i 100 tys. zgonów. – Do „wielkiej czwórki” nowotworów, które występują najczęściej i są najbardziej zabójcze, należą rak płuca, piersi, prostaty i jelita grubego. Na raka płuca zapada rocznie ok. 23 tys. osób, na pozostałe – od 16 do 18 tys. osób – mówił prof. Andrzej Marszałek, konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii i prezes Polskiego Towarzystwa Patologów.

A wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski dodał, że zgodnie z prognozami w 2025 r. chorych na nowotwory będzie 204 tys., czyli o 30 proc. i 50 tys. więcej niż dziś. – Trzeba pamiętać, że coraz więcej osób żyje z tą chorobą. Dziś musimy więc zapewnić opiekę milionowi pacjentów onkologicznych – mówił. Mimo że w

ubiegłym roku było o 600 mniej zgonów z powodu nowotworu niż rok wcześniej, wyniki leczenia są wciąż o średnio 10 punktów procentowych gorsze niż w innych krajach Unii Europejskiej: – A to przekłada się na konkretne liczby chorych, którzy odchodzą zbyt wcześnie. Szczególnie niepokoi nas zauważalny w ciągu ostatnich trzech dekad wzrost zachorowań na raka piersi wśród kobiet w wieku 25-40 lat – mówiła rzeczniczka Polskiej Koalicji Organizacji Pacjentów Onkologicznych Aleksandra Rudnicka.

Dr Jerzy Gryglewicz z Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego zauważył, że podobne wnioski płyną z zeszłorocznego raportu Najwyższej Izby Kontroli: – Jednocześnie wskazała, że mamy jedno z najgorszych wyników leczenia nowotworów, i wskazała elementy kluczowe dla osiągnięcia popra-

wy. Należy do nich nie tylko jakość leczenia, ale i diagnostyka – podkreślał dr Gryglewicz.

Podstawa diagnozy

Jednym z „wąskich gardeł” systemu pozostaje finansowanie badań patomorfologicznych: – Onkolodzy nie są w stanie zaproponować odpowiedniego leczenia dla pacjenta bez właściwego rozpoznania choroby. Rozpoznanie patomorfologiczne daje nam informację, z jakim nowotworem mamy do czynienia i jaki jest stopień zaawansowania choroby. Łącząc je z wynikiem diagnostyki obrazowej, czyli m.in. rezonansu magnetycznego czy PET, jesteśmy w stanie zaproponować optymalną terapię – tłumaczyła dr Iwona Skoneczna, onkolog ze Szpitala św. Elżbiety.

Tymczasem, jak wynika z danych Polskiego Towarzystwa Patologów, przy braku osobnej wyceny świadczenia wiele szpitali, które nie posiadają własnego zakładu, oszczędza na rozpoznaniu patomorfologicznym: – Ponieważ procedury są nisko wycenione, zdarza się, że pacjent dostaje rezultat wyniku, na którym napisane jest tylko „rak”. By rozpocząć leczenie, musi badanie powtórzyć albo na koszt szpitala, albo na koszt własny. To wydłuża czas do podjęcia leczenia – mówiła Aleksandra Rudnicka.

Według prof. Andrzeja Marszałka sytuację poprawiłaby osobna wycena świadczeń patomorfologicznych, nad którą jako konsultant krajowy pracuje razem z zespołami w Ministerstwie Zdrowia i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wiceminister Sławomir Gadomski zapewnia, że świadczenie ma szansę

znaleźć się w koszyku jeszcze w tym roku. – Kolejnym krokiem będzie ministerialna akredytacja zakładów patomorfologii, którą chcielibyśmy wprowadzić w ciągu dwóch lat – zapewnił wiceminister.

– Nowe kryteria licencyjne opisujące zakłady z podziałem na stopnie referencyjności od zakładów podstawowych do najbardziej zaawansowanych, które umożliwiają również wykonanie badań z zakresu biologii molekularnej, zawarto w rozporządzeniu ministra zdrowia z 2017 r. Dobrze by było, by te kryteria weryfikowały ministerialne jednostki akredytacyjne takie jak Centrum Monitorowania Jakości – tłumaczył prof. Andrzej Marszałek.

Dr Jerzy Gryglewicz zauważył, że szereg reform, które zostały niedawno zainicjowane w obszarze onkologii, dają nadzieję na poprawę sytuacji: – Trwa pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej, która zakłada centralizację leczenia zabiegowego i decentralizację terapii chemo- i radioterapeutycznej, jaka miałaby być prowadzona jak najbliższe miejsca zamieszkania chorego. Taka organizacja leczenia jest zbieżna z zaleceniami Najwyższej Izby Kontroli, która zauważyła w swoim raporcie, że właściwym kierunkiem jest stworzenie centrów ukierunkowanych na leczenie poszczególnych typów nowotworów, czyli centrów narządowych. W tej chwili leczenie onkologiczne jest rozproszone. Zdarza się, że skomplikowane zabiegi wycięcia nowotworu wykonują ośrodki powiatowe, mające na koncie zaledwie 10 takich operacji rocznie. Tymczasem NIK wskazuje, że minimalną liczbą zabiegów jest 60 rocznie. Leczenie zabiegowe jest wykonywane dobrze tam, gdzie lekarze zabiegowcy –

chirurgi, urolodzy i ginekolodzy – wykonują ich bardzo dużo – mówił dr Jerzy Gryglewicz i dodał, że inicjatywy związane z poprawą leczenia onkologicznego podejmowane są także przez Pałac Prezydencki – mówił dr Gryglewicz.

Jakość i rejestry

Zdaniem prof. Tomasza Grodzkiego, konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej i członka senackiej Komisji Zdrowia, kulej prof. Gryglewicza i dodał, że inicjatywy związane z poprawą leczenia onkologicznego podejmowane są także przez Pałac Prezydencki – mówił dr Gryglewicz.

Zdaniem prof. Tomasza Grodzkiego, konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej i członka senackiej Komisji Zdrowia, kulej prof. Gryglewicza i dodał, że inicjatywy związane z poprawą leczenia onkologicznego podejmowane są także przez Pałac Prezydencki – mówił dr Gryglewicz.

– Zmiany w polskiej onkologii mają i powinny mieć charakter kompleksowy. Zaczynamy tę pracę od fundamentu, jakim jest Krajowa Sieć Onkologiczna. Chcemy wzmocnić jakość i wyeliminować pewne wady pakietu onkologicznego, a także poprowadzić pacjenta za rękę, dając mu koordynatora leczenia i zapewniając mu najwyższą jakość leczenia poprzez udział merytoryczny ośrodków o najwyższej referencyjności i terapię chemo- i radioterapeutyczną blisko domu – zapowiedział wiceminister Gadomski. /©©

PRZYSZŁOŚĆ
OCHRONY ZDROWIA
W POLSCE

DEBATA „RZECZPOSPOLITEJ”

JAK POPRAWIĆ SYTUACJĘ
CHORYCH ONKOLOGICZNIE
- ROZWIĄZANIA SYSTEMOWE

PARTNERZY

NOVARTIS

Roche