

Rozmowa z nowym Przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, dr. hab. Adamem Maciejczykiem



Od Redakcji: Rozmowę z nowym Przewodniczącym Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego w kadencji 2018–2022, dr. hab. Adamem Maciejczykiem, pełniącym także funkcję dyrektora Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu oraz prezesa Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii, przeprowadził redaktor naczelny *Nowotwory Journal of Oncology*, prof. nadzw. Wojciech Wysocki.

Wojciech Wysocki: Proszę przyjąć gratulacje w związku z objęciem przez Pana funkcji Prezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Zaczyna Pan swoją prezesurę w trudnym momencie, w chwili, w której planowane są znaczące zmiany organizacji i finansowania leczenia chorych na nowotwory w Polsce. Jak Pan ocenia te plany?

Adam Maciejczyk: Myślę, że nasi pacjenci zbyt długo czekali na te zmiany. Patrząc na wyniki leczenia i rosnące koszty pośrednie chorób nowotworowych, a także zadłużenie publicznych szpitali, wyraźnie widać, że kwestia reorganizacji, albo raczej uporządkowania systemu opieki onkologicznej, powinna nastąpić już dawno temu. W wielu

krajach europejskich wprowadzono sieciowe struktury oraz modele zarządzania i finansowania oparte na twardych danych. W Polsce do tej pory wiele danych miało charakter deklaracyjny, wiele inwestycji w onkologii wynikało z indywidualnych ambicji, a nie z rzeczywistych potrzeb zdrowotnych. Na pewno dużym przełomem w myśleniu o rozwoju onkologii, a także efektem bliższej analizy tego, co w niej nie działa, była publikacja *Map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii*. *Mapy* po raz pierwszy pokazały obraz opieki onkologicznej. Można się spierać na temat kompletności baz danych, na podstawie których opracowano *Mapy*, ale bezdyskusyjny jest fakt, że był to pierwszy tak rzetelny dokument. Pokazał nasze mocne i słabe strony. Niewątpliwie *Mapy* obnażyły problem w zakresie chirurgii onkologicznej, gdzie mamy do czynienia z ogromną liczbą placówek wykonujących tylko kilka zabiegów rocznie, co znacząco wpływa na ich jakość i przekłada się na liczbę powikłań, a nawet zgonów. To pokazuje, że jednym z najważniejszych czynników wpływających na jakość leczenia jest doświadczony zespół lekarzy. Problem związany z nadmiernym rozproszeniem usług onkologicznych zauważono również przy okazji analizy pakietu onkologicznego, z której wynikało,

że kontrakt na pakiet onkologiczny posiada aż ponad 2600 podmiotów. Wystarczy tę liczbę zestawić z aktualną liczbą chirurgów onkologicznych, która wynosi nieco ponad 800 (dane NIL, stan na 30.06.2018 r.). W najbliższych latach ma nastąpić wzrost wydatków na ochronę zdrowia, więc to ostatni moment na uporządkowanie onkologii, aby te środki zapewniły pacjentom realną poprawę.

WW: Mamy w Polsce wciąż jeden z najniższych w Unii Europejskiej odsetek pięcioletniej przeżywalności pacjentów onkologicznych. Czy widzi Pan realną szansę na poprawę tej sytuacji?

AM: To prawda. Pięcioletnie przeżycie w poszczególnych nowotworach jest bardzo zróżnicowane; średnie przeżycie 5-letnie w Polsce wynosi nieco ponad 40% i jest co najmniej 10–25% (ok. 10% więcej w Anglii, do 25% wyższe w Szwecji) niższe w porównaniu do innych krajów Europy Zachodniej. W przypadku najczęstszych nowotworów, m.in. nowotworu płuca, przeżycie 5-letnie w Polsce wynosi 13,4%, w USA 18,7%, a w Niemczech 16,2%. W przypadku nowotworu piersi odpowiednio 74,1%, 88,6%, 85,3%, dla nowotworu gruczołu krokowego to 74,1%, 97,2%, 91,2% oraz dla jelita grubego 46,9%, 64%, 62,1% (dane Eurocare5 i Concorde2). W ostatnich dekadach nastąpiła poprawa w leczeniu nowotworów wieku dziecięcego i jest w tej chwili na poziomie innych krajów. Ten sukces onkologia dziecięca zawdzięcza właśnie uporządkowanej strukturze. Leczeniem tych nowotworów zajmują się wyłącznie wyspecjalizowane jednostki, które tworzą nieformalną sieć i współpracują ze sobą. Tą samą drogą powinna iść onkologia dorosłych. Nie możemy zapominać o roli profilaktyki we wczesnym wykrywaniu nowotworów. Po pierwsze profilaktyka wtórna, czyli wszystko to, co możemy sami zrobić dla swojego zdrowia. W praktyce oznacza to stosowanie się do zasad *Europejskiego kodeksu walki z rakiem*. Po drugie zaangażowanie nie tylko onkologów, ale całego środowiska medycznego, przede wszystkim lekarzy rodzinnych, którzy powinni otwierać i zamykać onkologiczną ścieżkę pacjenta. Lekarz rodzinny powinien mieć rozwiniętą tzw. czujność onkologiczną i w przypadku podejrzenia nowotworu automatycznie reagować i przekazywać pacjenta do ośrodka diagnostycznego. Taki model zaczął już działać przy okazji wprowadzenia pakietu onkologicznego, jednak nadal jest daleki od doskonałości. Natomiast najsłabszym punktem jest *follow-up*, czyli monitorowanie stanu pacjenta po zakończonym leczeniu. Obecnie rolę tę pełnią w większości przypadków przyszpitalne poradnie onkologiczne, co nie jest optymalnym rozwiązaniem. Tacy pacjenci powinni przechodzić pod opiekę swojego lekarza rodzinnego.

WW: Jaki, według Pana, powinien być optymalny system ochrony zdrowia w zakresie onkologii, który mógłby zostać wprowadzony w Polsce?

AM: Jeśli założymy, że optymalny system to taki, w którym chcemy osiągnąć jak najlepsze wyniki leczenia przy jed-

noczesnych ograniczeniach takich jak brak wystarczających środków finansowych czy niedobory kadrowe, to uważam, że koncepcja sieci onkologicznej się broni. Zakłada ona przede wszystkim bardziej efektywne wykorzystanie już istniejących zasobów i lepsze monitorowanie wydatków. Niestety, w ochronie zdrowia nie uciekniemy od rozmowy o kosztach, jednak staramy się przekonać decydentów, że pieniądze wydane na leczenie pacjentów onkologicznych mogą być inwestycją. W debacie publicznej bardzo popularne stało się ostatnio pojęcie kosztów pośrednich. PTO opublikowało w maju br. raport pt. „Straty ekonomiczne i koszty leczenia wybranych ośmiu nowotworów w województwie dolnośląskim w latach 2015–2016”. Udało nam się zebrać dane z różnych instytucji finansujących świadczenia zdrowotne i społeczne i na ich podstawie oszacowaliśmy, jaki wpływ choroby onkologiczne mają na gospodarkę. Wyniki zaskoczyły nawet nas, bo nie zdawaliśmy sobie sprawy ze skali problemu. Jeśli średnioroczne wydatki ZUS na pacjentkę są 4 razy wyższe od wydatków NFZ na leczenie, a straty gospodarcze wynikające z utraty produktywności tylko w 2016 roku były 3,5 raza większe od wydatków bezpośrednich NFZ (262 mln zł wydanych na leczenie, 917,9 mln zł strat), to widać wyraźnie, że środki przeznaczone na onkologię są nie tylko za niskie, ale również wydawane nieefektywnie. Prosty przykładem jest drastyczny spadek wydatków na profilaktykę onkologiczną w ciągu ostatnich lat. Od 2012 roku wartość kontraktów NFZ w zakresie profilaktyki onkologicznej w stosunku do 2017 r. spadła o 30%. Bardzo trudne do oszacowania są liczby powtarzanych świadczeń, np. diagnostycznych, a z doświadczenia wiemy, że jest to powszechne zjawisko, które generuje dla systemu ogromne dodatkowe koszty. Wspomniane *Mapy potrzeb* pokazały nieefektywność w zakresie chirurgii onkologicznej. Niestety, system jest zbudowany tak, że NFZ płaci świadczeniodawcom za zrealizowane procedury niezależnie od tego, czy były to świadczenia zbędne lub niewłaściwie zrealizowane. Zatem optymalny i w moim przekonaniu jedyny model systemu to taki, w którym można lepiej kontrolować jakość leczenia i wydatki.

WW: Czy uważa Pan, że należy w Polsce tworzyć narodowe rejestry kliniczne, sprzężone z Krajowym Rejestrem Nowotworów, otwarte dla badaczy i towarzystw naukowych, pozwalające na gromadzenie danych klinicznych i umożliwiające ocenę wyników leczenia w poszczególnych ośrodkach?

AM: Zdecydowanie tak i uważam, że jest to kolejny krok w naprawianiu systemu opieki onkologicznej. Pierwszym etapem powinno być wprowadzenie sieci, bo to pozwoli na uporządkowanie systemu. Jeśli tego nie zrobimy, dane, które będziemy pozyskiwać do rejestrów, będą bezużyteczne. Tak w wielu przypadkach jest dzisiaj. Różne instytucje gromadzą ogromne ilości danych, których nie jesteśmy w stanie prze-

analizować, albo co do których istnieją wątpliwości, że są miarodajne. Nadanie każdemu z podmiotów w systemie roli i zakwalifikowanie do odpowiednich poziomów referencyjności pozwoli na porównywanie ośrodków z danego poziomu. Po drugie, jeśli chcemy mierzyć jakość, najpierw musimy wdrożyć wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (niedawno ukazały się takie dla nowotworów piersi).

WW: Jaką rolę w najbliższych latach powinno pełnić Polskie Towarzystwo Onkologiczne? Czy ma być przede wszystkim organizacją o charakterze naukowym, czy powinno aktywnie włączyć się do dyskusji o aktualnych problemach systemu ochrony zdrowia w Polsce, zwłaszcza w zakresie onkologii?

AM: Myślę, że choroby nowotworowe stały się na tyle dużym problemem społecznym, że jako Towarzystwo mamy wręcz obowiązek angażować się w debatę publiczną. Jako lekarze, naukowcy, nie możemy zapominać, że żadna organizacja nie działa w próżni. Nasza działalność naukowa i społeczna będzie miała sens, jeśli będzie zakładać potencjalny zysk dla pacjentów. Będę starał się, aby Towarzystwo było aktywne w różnych ważnych dyskusjach lub samo je inicjowało. Zależy mi, żeby PTO było uznawane przez decydentów jako merytoryczny partner w dyskusji o zmianach w polskiej onkologii.

WW: Co Pan, jako Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, chciałby osiągnąć w czasie pełnienia tej funkcji?

AM: Aktualnie pokładamy ogromne nadzieje na wprowadzenie sieci onkologicznej, której założenia opracował zespół powołany przez Ministra Zdrowia pod przewodnictwem Prof. Piotra Czauderny. Będzie to spełnienie wizji wielkiej postaci polskiej onkologii, Profesora Tadeusza Koszarowkiego, który już w latach 60. XX wieku w każdym województwie tworzył centra onkologii. Kolejnym krokiem jest przygotowanie i wdrożenie w życie polskiego *Cancer Planu*, który mimo wysiłków całego środowiska onkologicznego, ale przede wszystkim poprzednich prezesów PTO — Prof. Jacka Jassema oraz Prof. Jacka Fijutha — nie stał się powszechnie obowiązującym dokumentem. *Cancer Plan* ma znaczenie strategiczne i wyznacza dalsze kompleksowe założenia w zakresie prewencji, wykrywania i leczenia chorób nowotworowych oraz poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych.

WW: Aby dokonać systemowych zmian, potrzebne są wspólne działania wielu środowisk. Czy zakłada Pan współpracę z innymi stowarzyszeniami onkologicznymi, które skupiają m.in. ginekologów onkologicznych, chirurgów onkologicznych, urologów, onkologów klinicznych, radioterapeutów, patomorfologów oraz radiologów? A jeśli tak, to jak widziałby Pan tę współpracę?

AM: Nie widzę innej możliwości jak szeroka, interdyscyplinarna współpraca. Od wielu miesięcy docierają do mnie z różnych środowisk sygnały o chęci podjęcia współpracy. Na pierwszym posiedzeniu nowego Zarządu PTO chciałbym powołać interdyscyplinarne sekcje naukowe. Na tę chwilę nie chciałbym zdradzać szczegółów, ale na pewno każda sekcja będzie miała swojego lidera i dużą przestrzeń do działania. Mamy w Polsce wielu wybitnych specjalistów, chciałbym w ramach PTO „wykorzystać” ich potencjał. Planuję również, poza stałą bliską współpracą z PTOK, PTChO i PTRO, współpracować z innymi specjalistami ważnymi dla pacjentów onkologicznych; najlepszym przykładem jest Polskie Towarzystwo Urologiczne. Poza tym ważnym głosem doradczym będą dla mnie organizacje pacjenckie, bez których nie wyobrażam sobie działalności PTO.

WW: W polskich szpitalach brakuje onkologów. Czy widzi Pan sposób na zmianę tego stanu rzeczy?

AM: Problem niedoborów kadrowych to temat na oddzielną rozmowę. Nie będę oryginalny, jeśli powiem, że należy stworzyć atrakcyjne warunki pracy i rozwoju dla młodych lekarzy. Choć należałoby zacząć jeszcze wcześniej i skupić się na studentach medycyny, żeby zainteresować ich specjalizacją onkologiczną. Z różnych badań wynika, że lekarze deklarują brak satysfakcji z pracy lub chęć wyjazdu za granicę z powodu ograniczonych możliwości prowadzenia badań naukowych. Ostatni raport NIK wykazał, że znaczącą słabością dzisiejszego systemu finansowania nauki w Polsce jest struktura, w której jednostki badawcze otrzymują szczupłe finansowanie podstawowe (tzw. dotacja na utrzymanie bazy badawczej), natomiast środki na badania pochodzą w praktyce głównie ze środków konkursowych. Zaś projekty realizowane są w oderwaniu od praktyki klinicznej, co powoduje, że żaden z projektów nie przyczynia się do transferu *know-how* nowych technologii w zakresie profilaktyki, diagnostyki, terapii czy rehabilitacji z polskich instytucji naukowych wprost do gospodarki, znaczącego wzrostu pozycji międzynarodowej Polski w zakresie badań naukowych i prac rozwojowych w dyscyplinach nauki objętych programem oraz wykreowania dynamicznych, młodych zespołów o międzynarodowym składzie i o silnej, udokumentowanej pozycji międzynarodowej. Taki stan rzeczy może budzić frustrację u młodych naukowców. Myślę, że te kwestie są czasami ważniejsze od kwestii finansowych (wysokość wynagrodzeń), które zapewne też dla niektórych stanowią problem. To rodzi bardzo prozaiczne przeszkody, jak kwestie mieszkaniowe. Może tutaj jest pole do zaangażowania samorządów, które mogłyby uruchomić programy „uwolnienia” zasobów lokalowych dla lekarzy.

WW: Jak ocenia Pan obecny system kształcenia lekarzy w dziedzinach onkologicznych? Co, według Pana, należałoby zmienić i jak można to zrobić?

AM: W ramach koncepcji sieci onkologicznej KRAUM, we współpracy z zespołem opracowującym dokument, zaproponował utworzenie Krajowej Sieci Kształcenia Onkologicznego. Biorąc pod uwagę stale rosnące zapotrzebowanie na świadczenia onkologiczne oraz zmieniającą się dynamicznie wiedzę w dziedzinie onkologii, a także obecny przeciętny wiek wykształconego personelu medycznego, niewątpliwie potrzebujemy dopływu nowych kadr. Niezwykle ważne jest szkolenie podyplomowe oraz stałe doskonalenie zawodowe specjalistów we wszystkich dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. W obecnym systemie podyplomowym kształceniem specjalistycznym pielęgniarzek zajmuje się CKPPIP, a lekarzy — CMKP. Efekt poprawy jakości i wydajności kształcenia przed- i podyplomowego można osiągnąć poprzez dwustronne umowy pomiędzy uczelniami a wysokospecjalistycznymi ośrodkami onkologicznymi. Obecnie odbywa się to na zasadzie dobrowolnych porozumień pomiędzy szpitalami a uczelniami. Warto, żeby było to rozwiązanie systemowe, a nie doraźne. Takie rozwiązanie może zapewnić długoterminową poprawę opieki

onkologicznej poprzez stałe odnawianie i doskonalenie kadr specjalistycznych.

WW: Panie Prezesie, na koniec pytanie o *Nowotwory*. Czasopismo w tym roku obchodzi jubileusz 95-lecia istnienia. Jak widzi Pan jego przyszłość — *Nowotwory* to oficjalny organ Towarzystwa, którym Pan kieruje.

AM: W Polsce, szczególnie w tak trudnym okresie zmian organizacyjnych, potrzebne jest tego typu czasopismo — musimy się komunikować i wzajemnie uczyć się nowych zasad organizacyjnych, a także informować o problemach z tym związanych. Potrzebna jest szybka wymiana doświadczeń, i przede wszystkim *Nowotwory* muszą być źródłem praktycznej wiedzy na temat konkretnych działań, z którymi spotykamy się na co dzień. Poza tym bardzo istotna jest kontynuacja rozpoczętych już przed laty starań nad poprawą pozycji *Nowotworów* w rankingu naukowych czasopism. Te zadania są ważne, ale szczegółowe działania konieczne trzeba przedyskutować z Redaktorem Naczelnym *Nowotworów*, a ta rozmowa jest jeszcze przed nami.