

O systematycznie rosnących nakładach na onkologię, konieczności przeszacowania dotychczasowych założeń Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZCN), nowym pakiecie ustaw zdrowotnych, a także potrzebie lekarskiej wrażliwości i szacunku dla pacjenta z Minister Zdrowia Ewą Kopacz rozmawia Małgorzata Stępień.

Zapewniam: **onkologia** jest dla mnie **prioritytetem**



Archiwum Biura Prasowego Ministerstwa Zdrowia

– W ostatnich miesiącach pojawiło się kilka prasowych ataków na sposób uprawiania onkologii w Polsce. Dotyczyły one m.in. dostępu do terapii niestandardowych, odmawiania przez NFZ finansowania zleconych medykamentów, rzekomych gigantycznych honorariów, jakie wypłacano niektórym onkologom kształcącym lekarzy pierwszego kontaktu w rozpoznawaniu nowotworowych zmian u pacjentów, w końcu niegodnego traktowania chorych w przychodni warszawskiego Centrum Onkologii. W ich wyniku odbyło się parę burzliwych dyskusji i konferencji prasowych w mediach, szef NFZ stracił miesięczną pensję, dyrektor Centrum Onkologii podał się do dymisji, a prezesowi Polskiej Unii Onkologii usiłowano zniszczyć świetną opinię.

Czy zarzuty o braku polityki w dziedzinie onkologii uważa Pani Minister za słuszne?

– Oczywiście, że nie! Nie mogę się zgodzić z takimi zarzutami zwłaszcza w sytuacji, w której trzy lata temu powołaliśmy nowych konsultantów krajowych, nowych pracowników, ludzi odpowiedzialnych i merytorycznie doskonale przygotowanych. Realizują oni program mojej polityki wobec pacjentów chorych na nowotwory. Zapewniam, że akurat dla mnie ta dziedzina jest priorytetem. Nie jestem w tym stwierdzeniu gołosłowna: świadczą o tym liczby, szokujące — w tym najbardziej pozytywnym znaczeniu — w porównaniu z tym, co było jeszcze trzy lata temu. Na wszystkie programy onkologiczne w 2006 r. przeznaczono 279 mln zł,

podczas gdy my w 2009 r. wydaliśmy 404 mln zł! Dalej, na chemioterapię w 2006 r. wydano 164 mln zł, a w 2009 r. był to już miliard złotych. Z kolei w chemii niestandardowej te różnice wynoszą odpowiednio: 58 mln zł (2006 r.) i ponad 100 mln (2009 r.). Proszę zobaczyć, jaka to różnica! I to wszystko przy tej naszej mizerii finansowej, przy obowiązującej nas racjonalizacji wydatków. Dane te dobitnie przeczą zarzutom, że nie dostrzegamy problemu pacjentów onkologicznych.

Naszą politykę finansową widać także w działaniach Agencji Oceny Technologii. Bo tu właśnie pokazujemy, że dany lek jest skuteczny i bezpieczny dla polskich pacjentów onkologicznych. To jest absolutnie niezbędny warunek dopuszczenia na rynek nowych preparatów. Dlatego tracą rację bytu kolejne zarzuty o ich blokowaniu czy wręcz utrudnianiu dostępu do nich pacjentom, ponieważ wzrost nakładów na leki najnowszej generacji świadczy o czymś odwrotnym. Nie stosuje się już tak jak to było do końca 2007 r. tzw. schematów leczniczych w chorobach nowotworowych, ale to lekarzowi prowadzącemu zostawiamy dowolność w dobieraniu najbardziej skutecznych specyfików.

Często pojawia się zarzut, że ograniczamy chemię niestandardową. Tymczasem jej stosowanie jest zawsze pewnym eksperymentem! A na czym on polega? Jeśli na przykład dany lek jest zarejestrowany jako preparat na nowotwór wątroby, onkolog próbuje go zastosować w innym rodzaju nowotworu, licząc na korzystny efekt terapeutyczny. I być może w połączeniu z innymi preparatami da on poprawę, ale zawsze jest to niewiadoma.

Jak więc Pani widzi, nie tylko nie oszczędzamy na terapiach, ale też wprowadzamy nowe programy: najnowszy dotyczy raka jeli-

Ciąg dalszy na następnej stronie

Ciąg dalszy ze strony 5

ta grubego, który jest już na ukończeniu. Co roku dokładamy programy leczenia poszczególnych nowotworów. Mało tego: w ramach terapii w chorobach przewlekłych przygotowujemy program znoszenia bólu poprzez nieodpłatne udostępnienie pacjentom preparatów najnowszej generacji, stosowanych szczególnie w onkologii.

– Na działający od pięciu lat Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, oceniany zresztą w różny sposób przez samych onkologów, ustawa przewiduje wydanie 3 mld zł w ciągu dziesięciu lat. Dodatkowo, według danych resortu zdrowia, na rozpoznanie i leczenie różnych odmian nowotworów rocznie wydajemy kolejne 250 mln zł. Jak te kwoty mają się obecnie do realnych potrzeb i czy w związku z kryzysem pozostaną na wspomnianym poziomie?

– Dane kwotowe, które przytoczyłam, jasno pokazują, że założone kilka lat temu nakłady stale rosną. A więc nie tylko będą utrzymane, ale i znacznie przekroczone! Co do 250 mln zł rocznie, to ustawa o Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych gwarantuje tę kwotę, jest ona zapisana w budżecie państwa. Jej uszczuplenie musiałoby pociągnąć za sobą po prostu zmianę ustawy! Nasza rola polega na tym, by ta kwota była możliwie najefektywniej spożytkowana w interesie pacjentów. My także nie jesteśmy zwolennikami dotychczasowego sposobu rozdziału tych pieniędzy. Na szczęście jako minister zdrowia mam możliwość znacznie bardziej racjonalnego rozdysponowania tych środków, między innymi poprzez odpowiednie rozporządzenia.

– Skoro jesteśmy przy finansach: jak Pani Minister ocenia kondycję polskiej onkologii na tle innych krajów Europy? Ranking Raportu, opublikowanego w 2008 r. przez *Lancet Oncology*, uplasował leczenie niemal wszystkich odmian nowotworów złośliwych w naszym

kraju na samym końcu listy krajów zachodnioeuropejskich. A według Raportu Karolinska bezpośrednie koszty leczenia nowotworów złośliwych w Szwajcarii, Niemczech, Szwecji czy Francji wynoszą ponad 200 euro, podczas gdy w Polsce zaledwie 41 euro na osobę.

– Oczywiście we wszystkich dziedzinach możemy czynić tego typu porównania, ale miejmy świadomość tego, że w okresie zaledwie trzech lat nie da się naprawić wieloletnich zaniedbań! Mogę jednak podać przykład, jak procentowo rosły kontraktowane nakłady na diagnostykę i leczenie w latach 2007–2010. Otóż wydatki na chirurgię onkologiczną wzrosły o 65%, na ginekologię onkologiczną o 40%, na PET o 181%, a na radioterapię aż o 139%. Za tymi suchymi liczbami stoją przecież olbrzymie kwoty! Gdyby ten wzrost następował systematycznie, latami, to dziś nie mielibyśmy tak miażdżących ocen w rankingach europejskich.

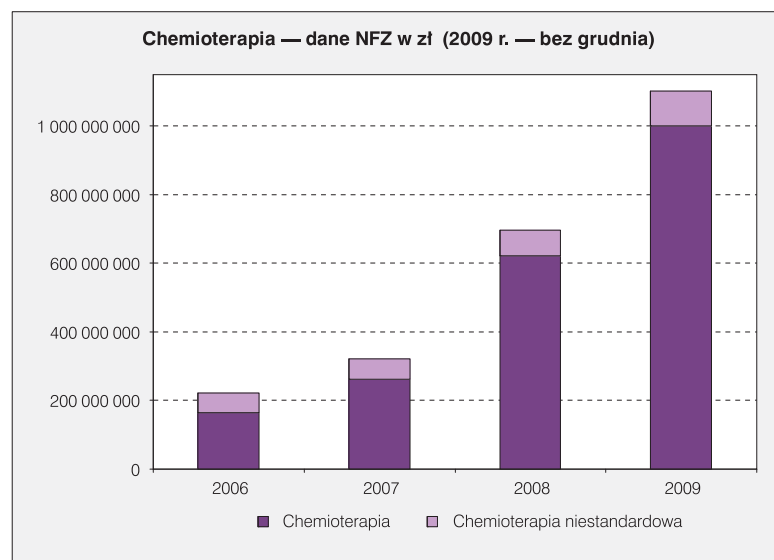
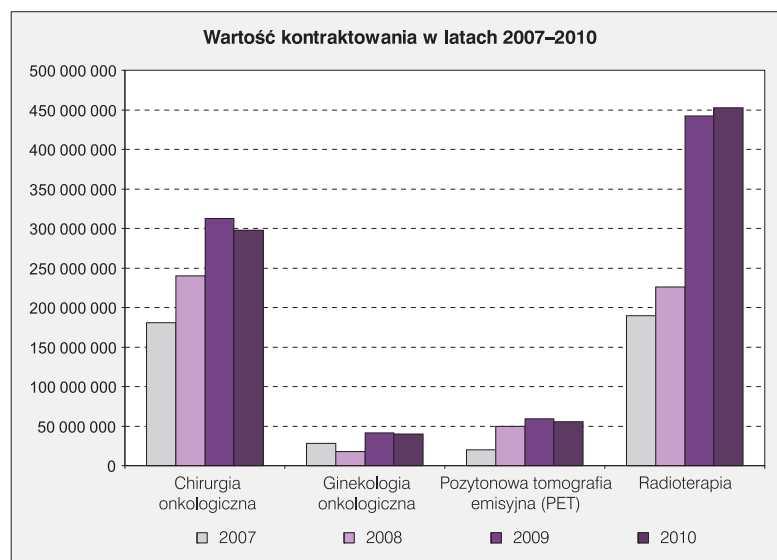
Rankingi mają to do siebie, że badają wyrywkowo i uśredniają pewne dane. Temu, że rzekomo jesteśmy na samym końcu Europy, przeczy fakt, iż coraz więcej pacjentów z zagranicy decyduje się na leczenie w naszych najlepszych placówkach onkologicznych. Kto świadomie chciałby się leczyć u najgorszych specjalistów?! A takimi niewątpliwie głównymi ośrodkami są Centrum Onkologii — Instytut w Warszawie czy Świętokrzyski Instytut Onkologii w Kielcach. Bo naszą siłą — obok systematycznych wzrostów nakładów — jest bardzo dobra kadra. Zależy nam na tym, by onkolodzy — a zwłaszcza ci młodzi — nie wyjeżdżali z kraju, tylko tu praktykowali. Ponieważ onkologia jest specjalnością nie tylko priorytetową, ale i deficytową, robimy wiele w tym kierunku. Między innymi w drodze rozporządzenia z 2009 r. regulujemy kwestie zachęt finansowych i wysokości uposażeń dla czterech specjalizacji onkologicznych: chirurgii, ginekologii, radioterapii onkologicznej oraz onkologii klinicznej. I tak, wysokość zasadniczego wynagrodzenia w pierwszych dwóch latach rezydentury wzrasta o 13,6%, a po dwóch latach o kolejne 12,5%. Rezy-

denci w tej chwili naprawdę nieźle zarabiają w porównaniu z okresem sprzed trzech lat. Ale onkolog jeszcze musi mieć na czym leczyć. Wskaźniki skoczyły w górę także w kwestiach sprzętu, np. liczba aparatów PET, w przeliczeniu na milion mieszkańców, wynosząca w Polsce 0,35 daje nam 5. miejsce w Europie! Przed nami są Włochy i co prawda Belgia i Holandia, ale mają one znacznie mniejsze zagęszczenie mieszkańców. Zaskakujące, że za nami uplasowała się... Wielka Brytania.

A więc można być malkontentem i stale narzekać, jak to źle jest w naszym kraju. Zamiast tego warto jednak by było pokusić się o wiarygodną ocenę postępu w onkologii, który się u nas dokonuje. I on będzie procentować, widać to choćby na przykładzie decyzji o kształceniu kadry specjalistów: do 2015 r. specjalizację uzyska aż 311 onkologów. Już teraz zwiększyła się kadra ginekologów i chirurgów onkologicznych. Polscy lekarze są świetnie wykształceni i doskonale oceniani w Europie i na świecie. Paradoksalnie dowiodła tego fala wyjazdów naszych specjalistów na Zachód w połowie lat dwutysięcznych, bo przecież tam nikt nie zatrudniłby kiepskich lekarzy! Ale konsekwencją naszej polityki jest także to, że młodzi lekarze coraz rzadziej myślą o takich wyjazdach. Tu, w kraju, zaczynają dostrzegać nowe możliwości i adekwatne do tego zarobki. Jesteśmy z tego dumni, ponieważ ta konsekwentnie stosowana polityka przynosi korzyści dla polskiego pacjenta.

– Co w ocenie resortu zdrowia stanowi największy problem systemu lecznictwa onkologicznego w naszym kraju?

– Jest to niewątpliwie budowa wiarygodnej relacji lekarza z pacjentem. I jest to rola lekarza, a nie ministra zdrowia. Tymczasem często my — mówię tutaj o urzędnikach — jesteśmy stawiani w bardzo trudnych sytuacjach, gdy na przykład musimy tłumaczyć pacjentom, dlaczego dany lek nie został zastosowany, na przykład jako chemia niestandardowa. To rolą lekarza jako specjalistów jest wytłumaczenie pacjentowi i jego rodzinie, że jeśli ten lek jest



Chemioterapia — dane NFZ w zł (2009 r. — bez grudnia)

	2006	2007	2008	2009
Chemioterapia	164 463 305	261 538 835	621 911 433	1 000 841 123
Chemioterapia niestandardowa	57 615 820	59 227 491	74 042 511	100 806 595
Razem	222 079 126	320 766 325	695 953 944	1 101 647 718

eksperymentem medycznym, a lekarz ma w zasięgu ręki preparat, który już został przebadany, zarejestrowany i wskazany jako skuteczny w leczeniu danego nowotworu, to korzystniejsze jest skorzystanie z tej drugiej opcji. Potrzeba tu jednak szczerzej relacji i wiarygodnej oceny tego, czy rzeczywiście dzisiaj w Polsce należy stawiać na leczenie eksperymentalne zamiast sprawdzonego i bezpiecznego. Eksperyment powinien być zawsze ostatecznością! Bardzo bym chciała, żeby takie rzetelne informowanie pacjenta funkcjonowało w każdym momencie wizyty, a potem terapii. Bo co prawda zawsze należy podtrzymywać w chorych nadzieję na wyleczenie, ale nie można wprowadzać ich w błąd, opowiadając, że terapia niestandardowa ich wyleczy i tylko zła minister nie chce dać na to pieniędzy. Leczenie musi być poparte badaniami naukowymi i doświadczeniem zawodowym. Owszem, czasem pojawia się szansa na dobre wyniki eksperymentu, wtedy go można zastosować. I nasze dane wyraźnie pokazują, że liczba takich terapii stale rośnie. Niestety, czasem po prostu następuje to, co nieuchronne, bez względu na nasze wysiłki...

– Rząd pracuje właśnie nad pakietem ustaw zdrowotnych. Czy któreś z nich mają bezpośrednio przełożenie na sferę onkologii?

– Jak sama Pani zauważyła, jest to pakiet, a nie ustawy zamykające całość reformy systemu ochrony zdrowia. Decydując się na system pakietowych rozwiązań, chcę, aby się one przełożyły na racjonalne wydatkowanie pieniędzy, na właściwą wycenę tego, co robi-

my w poszczególnych obszarach. Stawiamy na weryfikację, bo jak wiemy, te procedury są albo przeszacowane, albo niedoszacowane. Mówiąc o racjonalnym wydawaniu pieniędzy, musimy sobie uświadamiać, że bardziej opłaca się profilaktyka niż leczenie. I im szybciej z tą profilaktyką dotrzemy, tym mniej będziemy leczyć zaawansowanych form chorób nowotworowych. Rozwiązania, które proponujemy w pakiecie ustaw zdrowotnych, mają sprawić, by satysfakcja ze skutecznego leczenia pacjenta — także tego dotkniętego chorobą nowotworową — stale rosła.

– **Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej wraz z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego — Państwowym Zakładem Higieny przeprowadziło w zeszłym roku w trzech ośrodkach onkologicznych na przykładzie dwóch nowotworów nowatorskie, pilotażowe badanie, mające pomóc odpowiedzieć na kilka nurtujących onkologów pytań. Między innymi dlaczego od momentu rozpoznania do podjęcia leczenia mija tak dużo czasu, co powoduje nadmierny rozrost nowotworu. Wyniki naszego Raportu wykazały kilka słabych punktów, między innymi na poziomie lekarzy pierwszego kontaktu. Czy zdaniem resortu są oni dostatecznie przygotowani do wykrywania zmian nowotworowych u pacjentów i właściwego pokierowania ich do dalszego, specjalistycznego leczenia bez zbędnej zwłoki?**

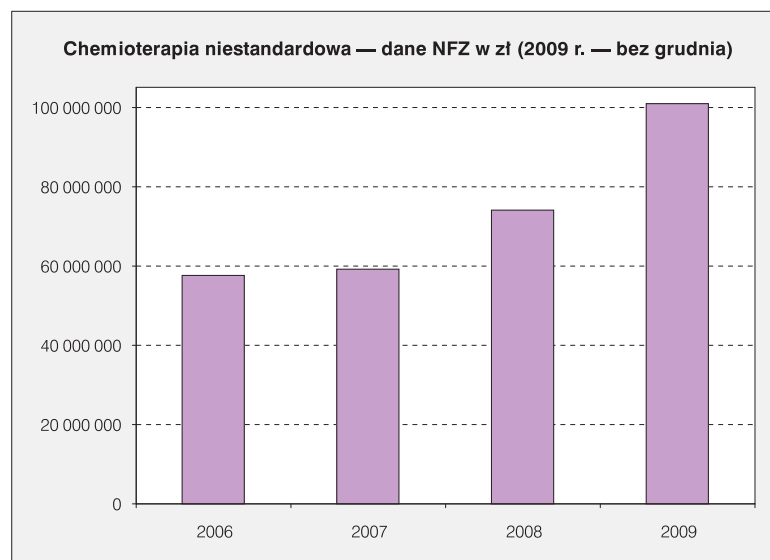
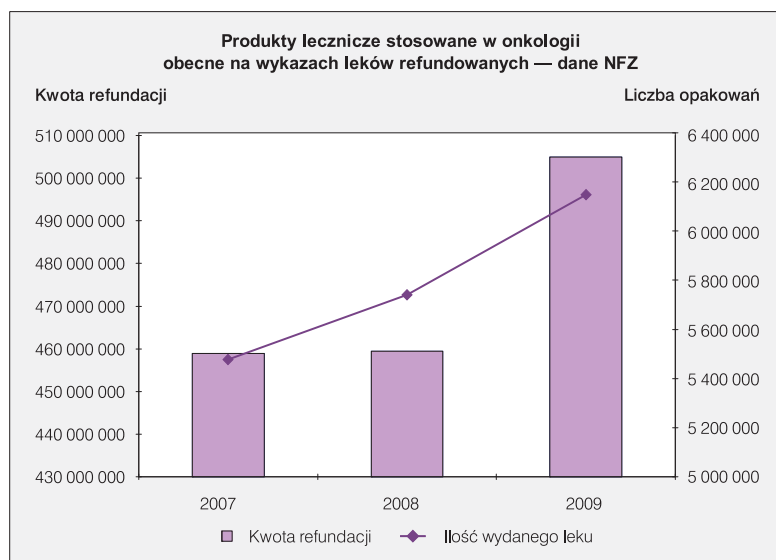
– Rzeczywiście, z tym rozpoznaniem różnie bywa. Już parę lat temu postawiono na lekarza pierwszego kontaktu, chcąc przenieść na niego

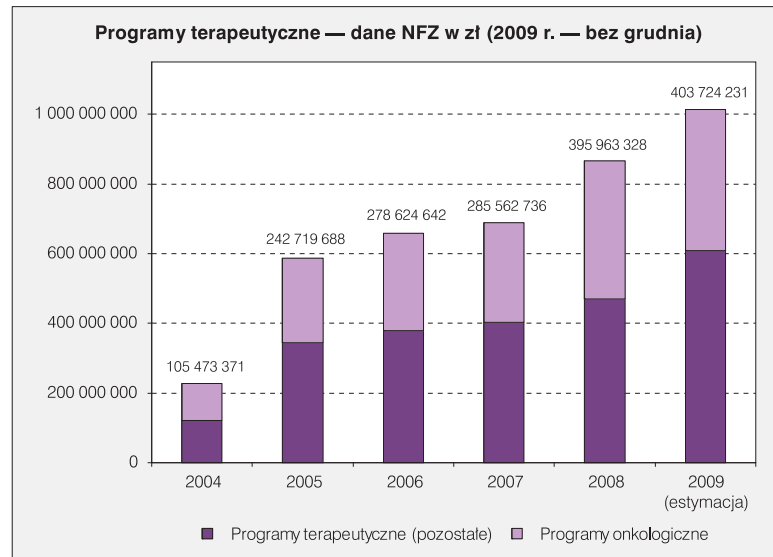
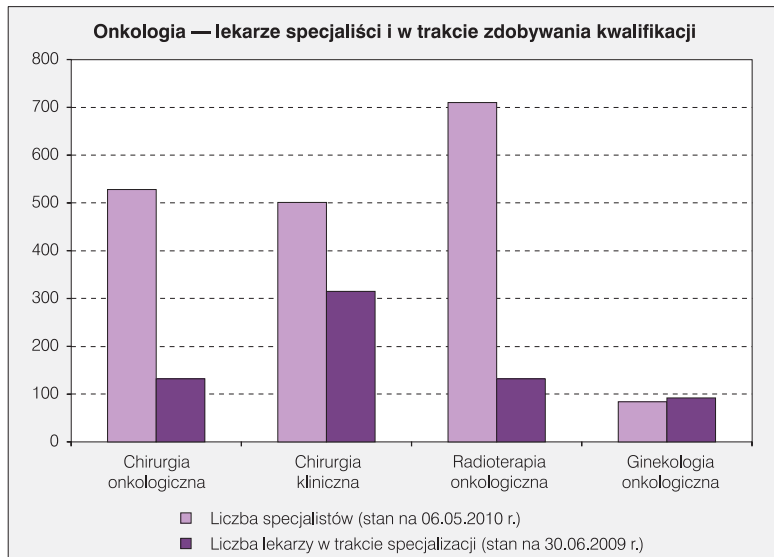
ten ciężar, i w moim odczuciu było to słuszne. Jednak w ostatnich latach te proporcje się odwróciły i podstawą stało się leczenie szpitalne, a nie ambulatoryjne czy wizyty w placówkach POZ. To mnie przeraża, bo jeśli kraje europejskie na leczenie szpitalne wydają przeciętnie około 30% globalnych środków przeznaczonych na opiekę medyczną, to Polska aż 50%. Dlatego dążymy do odwrócenia tych proporcji, między innymi poprzez pakiet ustaw zdrowotnych. Na całym świecie ten model doskonale się sprawdza: to lekarz pierwszego kontaktu powinien diagnozować, umieć znajdować te „momenty grozy”, kiedy nie jest jeszcze za późno, a w razie wątpliwości czy potrzeby kierować do specjalisty. Taki lekarz powinien już na wstępie wizyty ocenić pacjenta pod względem ewentualnego ryzyka. Pakiety kładą nacisk właśnie na przeniesienie ciężaru leczenia z poziomu szpitalnego na te dwa niższe: POZ i specjalistycznego ambulatorium. Dzięki temu dużo łatwiej jest ratować zdrowie i życie pacjenta, prawidłowo zdiagnozowanego już przy pierwszej wizycie.

Jeśli zaś chodzi o zbyt długi czas, który często mija od rozpoznania do skierowania pacjenta do specjalisty, to my także ten problem widzimy i jesteśmy go świadomi. Bo pacjenta trzeba zbadać, wysłuchać, skierować na jakieś dodatkowe badania w razie wątpliwości, by jak najwcześniej wychwycić symptomy, które mogą zapowiadać chorobę nowotworową. Dlatego chcemy to zmienić, przywrócić właściwe relacje, postawić na możliwie wszechstronne wykształcenie lekarzy rodzinnych i pierwszego kontaktu.

– Co Pani Minister sądzi o inicjatywie utworzenia ogólnopolskiego stowarzyszenia — Kolegium Ośrodków Onkologicznych? W założeniu ma ono ambitne plany m.in. zapewnienia identycznego poziomu świadczeń onkologicznych pacjentom z całego kraju poprzez wypracowanie systemu procedur

Ciąg dalszy na następnej stronie





Ciąg dalszy ze strony 5

i nadzoru. Jest to niewątpliwe wyzwanie organizacyjne, ponieważ Kolegium miałyby łączyć ośrodki i placówki akademickie podległe Ministerstwu Zdrowia, Ministerstwu Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz władzom poszczególnych województw.

– Być może zaskoczę Panią, ale powiem szczerze: od moich autorytetów naukowych, zwłaszcza w dziedzinie onkologii, wymagałabym raczej wypracowania standardów postępowania w przypadku pacjentów onkologicznych. Nie jestem zwolennikiem mnożenia rozwiązań administracyjnych i przepisów, bo od tego jeszcze nikt nie wyzdrowiał. Najlepszy przykład stanowi częsty kłopot pacjenta: idzie do lekarza pierwszego kontaktu, ponieważ musi dostać skierowanie do specjalisty; skierowanie jest ważne przez 3 miesiące, jeśli więc w tym czasie pacjent nie dostanie się do specjalisty, to musi wracać do lekarza po nowe skierowanie — po prostu absurd! Takie właśnie sprawy będą pilnie rozwiązywane: usprawnimy przepływ informacji między jednym lekarzem a drugim, także poprzez sprawny system informatyzacji. Ja sama, gdy jeszcze byłam czynnym lekarzem, właśnie tak starałam się postępować. A wiem, o czym mówię, ponieważ oprócz pediatrycznej mam jeszcze specjalizację z medycyny rodzinnej. Gdy kierowałam do jakiegoś specjalisty mojego pacjenta, to uważałam za swój obowiązek wręcz zadzwonić do tego specjalisty, by wie-

dzieć, co dzieje się z chorym! Dzisiaj, gdy pacjent opuszcza gabinet, staje się anonimowy: nikt nie śledzi jego losu. W historii jego choroby pojawiają się karty informacyjne i wyniki konsultacji od różnych specjalistów, ale stanowią one oderwane fragmenty, brak tej ciągłości w holistycznym podejściu do chorego. Tymczasem ja bym chciała, żeby lekarz rodzinny, który odpowiada za swego pacjenta, miał nad nim taką ojcowską pieczę: wiedział, co się z nim dzieje, gdzie trzeba działania przyspieszyć, jakie badania zasugerować specjalistom. Brakuje tu więc skoordynowanej opieki, kontaktu nie tylko w sensie organizacji i przepływu informacji między POZ, specjalistą i szpitalem, ale i takich zwykłych, międzyludzkich relacji.

Więc co do tego, aby jakieś kolejne grono mogło tu pomóc, mam wątpliwości. Uważam, że mam tak doskonałego konsultanta krajowego — myślę tu oczywiście o prof. Macieju Krzakowskim — który potrafi zgromadzić wokół siebie ludzi z doświadczeniem i wiedzą, że dobrze opracowane standardy, bez potrzeby mnożenia kolejnych instytucji, dadzą najlepsze rezultaty.

– **Czy zgodzi się Pani Minister z refleksją, która często pojawia się w niniejszym specjalnym wydaniu *Onkologii w Praktyce Klinicznej*, że mimo coraz doskonalszego sprzętu, wiedzy i metod leczenia właśnie te zwykłe, międzyludzkie relacje lekarz–pacjent, o których Pani wspomina, zdają się zanikać, a leczenie czło-**

wieka coraz częściej staje się leczeniem przypadku chorobowego?

– Niestety, tak. Proszę mi wierzyć, że bardzo nad tym ubolewam. To jest sprawa mentalności, a tej nie zmienimy w tak krótkim czasie. Gdy czytam te sterty listów, które docierają nie tylko do naszego departamentu skarg, ale i do mnie bezpośrednio, ponieważ noszą adnotację „Do rąk własnych Minister Zdrowia”, to powiem szczerze, że czasem jestem zszokowana. Pozwoliło mi to zmienić optykę, bo zawsze sądziłam, że do tego zawodu trafiają wyjątkowi ludzie z wyjątkową wrażliwością, bardzo odpowiedzialni i gotowi do poświęceń. I nadal chcę wierzyć, że w większości przypadków tak właśnie jest. Ale wiele musi się zdarzyć już na samym początku tej drogi, od pierwszego roku studiów. Adept medycyny musi wiedzieć, że istnieje etyka i zdawać sobie sprawę z tego, że jego pracodawcą nie jest NFZ, ale pacjent! Bo jeśli jako lekarz będzie w stosunku do niego wyplukany z wrażliwości i rzetelności, to ten pójdzie po prostu gdzie indziej: tam, gdzie potraktują go tak, jak na to zasługuje. Studia, a potem codzienna praktyka powinny też uczyć pokory, ponieważ każdy przypadek choroby i każdy pacjent jest inny. Dlatego nasze nakłady na medycynę muszą dotyczyć nie tylko finansów, ale i wiedzy, której integralną częścią jest wrażliwość i osobista dbałość o pacjenta. Właśnie taka opieka zdrowotna jest moim celem. ■

Rozmawiała: Małgorzata Stępień

Programy terapeutyczne — dane NFZ (2009 r. — dane bez grudnia)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009 (estymacja)
Programy terapeutyczne (pozostałe)	122 189 278	344 086 752	379 700 389	403 188 456	469 317 603	609 499 018
Programy onkologiczne	105 473 371	242 719 688	278 624 642	285 562 736	395 963 328	403 724 231
Razem	227 662 648	586 806 440	658 325 031	688 751 192	865 280 931	1 013 223 249

