



fot. PAP/Bartłomiej Zborowski

Jeszcze w październiku pracował pan w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Dziś spotykamy się w Europejskim Centrum Zdrowia w Otwocku. Skąd zmiana?

Nie istniała dotąd w CMKP klinika onkologii. Jej stworzenie jest niezbędne dla systematycznego kształcenia onkologów w Polsce. Mamy w tej dziedzinie znakomitych lekarzy, ale jest ich stosunkowo niewiele, a potrzeby rosną. Chciałbym też w Otwocku otworzyć pełnoprofilowy ośrodek opieki nad chorymi na raka piersi. Na świecie nazywa się to Breast Cancer Unit. To dla mnie ważny nowy cel. Uważam, że istnieje bardzo duża potrzeba utworzenia takiego ośrodka. To, co robi Klinika Raka Piersi Centrum Onkologii, to za mało.

Dlaczego za mało? Czyżby w Centrum leczono źle?

Jestem dumny z kliniki, którą stworzyłem i którą kierowałem przez prawie 16 lat. Z medycznego punktu widzenia przestrzegane są tam wszystkie procedury, zapewnia ona swoim pacjentom profesjonalną opiekę, ale to z kilku powodów przestało wystarczać. Po pierwsze: Centrum pęka w szwach, nie dysponuje wystarczającymi możliwościami w stosunku do potrzeb. W samym województwie mazowieckim mieszka pięć milionów ludzi, tyle co w Danii. Nie może być tak, że tak liczną

# Prywatna onkologia

Rozmowa z Tadeuszem Pieńkowskim, kierownikiem Kliniki Onkologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Europejskim Centrum Zdrowia w Otwocku, prezydentem elektem Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego (*Senologic International Society*)

populację obsługuje tylko jeden ośrodek onkologiczny. Potrzeba ich 4–5. Musimy odejść od polityki koncentrowania całej onkologii w jednym centrum, obsługującym całe województwo. Bo te centra stają się niewydolne, ustawiają się do nich gigantyczne kolejki, nie są w stanie optymalnie obsługiwać pacjentów i zapewnić wszystkim odpowiednich świadczeń. A trzeba też pamiętać, że ta jedyna, jak dotąd, klinika zajmująca się chorymi na raka piersi konsultuje chorych z całej Polski.

#### Jest więc potrzeba decentralizacji.

Tak, decentralizacji, ale nie rozdrobnienia. Powinny funkcjonować ośrodki regionalne, na szczeblu niższym niż całe województwo, ale wyższym niż powiat. Tak jak mówiłem wcześniej: w województwie mazowieckim powinno ich być 4–5, w wielkopolskim 3–4. Po to, by uniknąć nadmiernej koncentracji, powstawania trudno sterowalnych molochów, do których na dodatek wielu chorych musi dojeżdżać z daleka. Klinika Onkologii CMKP w Otwockim ECZ może się stać ważną dla całej populacji Mazowsza, bo chcemy tu prowadzić badania, uczyć i projektować wspólnie z kolegami innych specjalności, jak się optymalnie zajmować chorymi na nowotwory, którzy często cierpią nie tylko z powodu nowotworów. No i bardzo zależy nam na współpracy z epidemiologami, bo bez tego nie ma ani skutecznej profilaktyki, ani wczesnego diagnozowania, a to są w onkologii sprawy fundamentalne.

**Dlaczego jednak nie pójść o krok dalej? Może jeszcze bardziej przybliżyć pacjentom onkologię, umieścić ją w każdym szpitalu?**

Sądzę, że nie warto iść tą drogą. I wynika to z doświadczeń Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego, którego mam zaszczyt być prezydentem elektem. Towarzystwo skupia członków z całego świata: Europy, obu Ameryk. Z tych doświadczeń wynika, że gdy ośrodek

jest odpowiednio przygotowany, ma wykwalifikowaną kadrę, skuteczność leczenia wzrasta o 20–30 proc. Mamy na to cztery argumenty, które pozwolę sobie przytoczyć. Pierwszy: nie tracimy czasu na przysyłanie dokumentów, odsyłanie pacjentów na dodatkowe badania czy konsultacje do innych ośrodków. Dzięki temu możemy działać szybciej i efektywniej. Argument drugi – zyskujemy możliwość dyskusowania konkretnych przypadków między lekarzami różnych specjalności: chirurgami, radiologami, patologami, klinicystami. Leczenie raka wymaga terapii kombinowanej, interdyscyplinarnej. Dyskusja pomaga wypracować optymalną terapię, bez tracenia czasu na dodatkowe konsultacje. Argument trzeci –

cować taki regionalny ośrodek onkologiczny. Pierwszy dotyczy spisania procedur postępowania. Moim zdaniem powinny być one upublicznione i poddane dyskusji. I jeszcze jeden bardzo istotny warunek: ośrodek taki nie może mieć możliwości selekcji pacjentów. Chciałbym, by spełniający wszystkie te warunki Breast Cancer Unit zaczął działać w Otwocku, chciałbym go uruchomić.

#### Dla prywatnych pacjentów czy z NFZ?

Nie wyobrażam sobie, by podobny ośrodek w Polsce funkcjonował wyłącznie dzięki pacjentom, którzy z własnej kieszeni opłacają swoją terapię. To dla większości za drogie. Placówki Breast Cancer Unit muszą

„ Potrzebna jest nam decentralizacja, ale nie rozdrobnienie. W polskiej onkologii powinny funkcjonować ośrodki regionalne, na szczeblu niższym niż całe województwo, ale wyższym niż powiat ”

kadra takiego ośrodka może szybciej i lepiej się wyszkolić, wyspecjalizować w leczeniu konkretnego nowotworu, nadążać za postępem metod terapeutycznych. Szkolenia, które by ją obejmowały, byłyby konkretne – celowane. Podobnie pielęgniarki: miałyby większą szansę na wyspecjalizowanie się, na lepszą obsługę chorych z konkretnym nowotworem. Problemy pacjentów onkologicznych są inne niż np. gastroenterologicznych. Żeby je rozwiązać, potrzebna jest specjalizacja w innym, specyficznym dla onkologii podejściu. Argument czwarty – sprzęt. Łatwiej i bardziej funkcjonalnie jest skoncentrować go w jednym miejscu, z oczywistych przyczyn, których tłumaczyć chyba nie muszę. Dołączyłbym do tego dwa kolejne warunki, według których powinien pra-

działać na podstawie umowy gwarantującej pacjentom refundację.

#### A dlaczego Breast Cancer Unit, dlaczego właśnie rak piersi?

Bo rak piersi jest jednym z najczęściej występujących nowotworów, bo dzięki zorganizowaniu w Polsce sieci Breast Cancer Unit możliwe jest uzyskanie szybkiego, radykalnego postępu w leczeniu i wreszcie dlatego, że tak podpowiada dobrze zorganizowane środowisko pacjentek chorych na ten typ nowotworu. Za tym, by powstały Breast Cancer Unit, przemawiają nie tylko argumenty medyczne, lecz także oczekiwania pacjentek, środowiska chorych, które jest gotowe współdziałać w leczeniu. Dziś średni czas przeżycia chorej, u której rozpoznano raka piersi, wynosi 27 lat. To dużo, to

oznacza, że przez te lata mogą one pełnić rozmaite role społeczne: podjąć pracę zawodową, być babciami, pomagać, a nie wymagać opieki. Jest o co walczyć.

**Mówi pan o tym, że w leczeniu raka piersi możliwy jest szybki postęp. Skoro tak, czy to oznacza, że dzisiaj Polki cierpiące na to schorzenie leczone są źle? Jakie mamy rezerwy, jak je uruchomić, by ten postęp osiągnąć jak najszybciej?**

Polki są leczone gorzej niż kobiety w krajach zachodnich. Śledząc rejestry, widzimy, że chorobę udaje się wyleczyć w Polsce w 75 proc. rozpoznanych przypadków, w krajach zachodniej Europy w 80 proc. przypadków. To wynik średni, na który składa się szereg czynników, które analizujemy głębiej. I z tej głębszej analizy płyną dodatkowe wnioski. Postęp w leczeniu raka piersi ma charakter wyspowy. Taką wyspą, na której osiągamy najlepsze wyniki, porównywalne ze światowymi osiągnięciami w tej dziedzinie, jest województwo mazowieckie. Tu wskaźnik wyleczenia odpowiada najlepszym standardom światowym. Ale są też miejsca, gdzie wskaźnik wyleczenia wynosi 70 proc., daleko poniżej średniej nie tylko światowej, lecz także ogólnopolskiej. Co jest dodatkowym argumentem za tym, by powstały Breast Cancer Units, by i te województwa, które dotychczas radziły sobie z leczeniem tego raka źle, poradziły sobie lepiej. Tu tkwią rezerwy. Trzymam zatem kciuki np. za budowany od podstaw Breast Cancer Unit w Szczecinie, za następne.

**Wśród województw, które najlepiej radzą sobie z rakiem piersi, wymienił pan mazowieckie. Ale właśnie tu chce pan uruchomić swój Breast Cancer Unit.**

I wynika to z bliskiej obserwacji tego, co dzieje się w Centrum Onkologii w Warszawie. Liczba chorych zgłaszających się tam po diagnozę i leczenie zaczyna przerastać możliwości ośrodka. Gdy pracowałem w Centrum, udało nam się zdia-

gnozować wewnętrzne problemy, które nie pozwalają na rozwój, na lepsze słuźenie pacjentom. Na czele listy rankingowej zagrożeń wcale nie stała zła diagnoza, zła procedura terapeutyczna, ale... dotrzymanie terminów. Terminów od dnia zgłoszenia się pacjentki do dnia wykonania potrzebnych badań itd., itp. Tam już nie było możliwości organizacyjnych na poprawę w tym zakresie, uznałem, że istnieje potrzeba organizacji kolejnych centrów, zwłaszcza że czeka nas fala masowych zachorowań na raka piersi. Nowe ośrodki potrzebne są już dziś, dramatycznie potrzebne będą w przyszłości.

**Czeka nas fala zachorowań na raka piersi?**

Tak. I wynika to choćby z nasilenia ryzyka zachorowań na tę chorobę w najbliższym czasie. Czynniki podwyższające ryzyko to zaawansowany wiek, bezdzietność lub późny wiek zajścia w pierwszą ciążę. To dzieje się na naszych oczach: Polki żyją coraz dłużej, coraz częściej są bezdzietne, coraz później zachodzą w pierwszą ciążę. I to prawda – mieszkanki zachodniej Europy ciągle są bardziej narażone niż Polki na zachorowanie na nowotwór piersi, długo jeszcze będą bardziej narażone, ale dystans między nami a tamtymi społeczeństwami w tej dziedzinie coraz szybciej się zmniejsza. To oznacza, że korzystne proporcje między nami a nimi będą się zmieniać na naszą niekorzyść, liczba zachorowań na nowotwory piersi w Polsce radykalnie wzrośnie. I musimy być na to gotowi.

**Co oznacza „gotowi”? Chodzi o finanse? O jakie kwoty?**

Tych kwot nie jestem w stanie wyliczyć sam. Powiem więcej: zgadzam się na to, że konkretnych kwot nie powinno podawać samo środowisko lekarzy, bez współpracy z innymi. Podjęliśmy próbę wyliczenia ich wspólnie ze środowiskiem np. ekonomistów. Odpowiednie prace trwają w zespole działającym w Szkole Głównej Handlowej

w Warszawie. Z tego co wiem, liczone są nie tylko koszty terapii stosowanych w leczeniu nowotworów, lecz także przychód uzyskany dzięki temu, że prawidłowo wyleczeni pacjenci wrócą do pracy zawodowej, do ról społecznych. Że będą pomagać w funkcjonowaniu rodzin, a nie wymagać od nich opieki.

**Czy gdyby onkologia była finansowana tak jak kardiologia, to w leczeniu nowotworów osiągnęlibyśmy tak wielki postęp jak w leczeniu schorzeń kardiologicznych? Z podobnie dobrym skutkiem medycznym i finansowym?**

W późnych latach 40. w Polsce mieliśmy problem z gruźlicą i chorobami wenerycznymi. W latach 90. ze schorzeniami kardiologicznymi. W obu wypadkach państwo zastosowało specjalne miary, rzuciło specjalne środki do zwalczania tych chorób, które w swoim czasie były największymi zabójcami Polaków i Polek. Pora podobne środki zastosować w walce z rakiem. W Polsce 400 tys. pacjentów przeżyło chorobę nowotworową, wyleczyło ją lub zaleczyło. Gdyby policzyć, że choroba nowotworowa dotyka nie tylko pacjenta, lecz także jego rodzinę – pomnóżmy to przez trzech czy czterech członków rodzin: wynik będzie taki, że skuteczne leczenie choroby nowotworowej poprawiło jakość życia 1,2–1,6 mln Polaków, czyli jednego na 25 z nas. W Polsce odsetek *cancer survivors* – osób, które wyleczyły lub zaleczyły chorobę nowotworową i mogą podjąć swoje role zawodowe i społeczne – wynosi 1 proc. W Stanach Zjednoczonych jest to 3 proc., czyli trzy razy więcej. I te „trzy razy więcej” to nie tylko skala wyzwań, które stoją przed nami, lecz także skala korzyści, które możemy osiągnąć, polepszając opiekę onkologiczną. To wyzwanie cywilizacyjne, trzeba je podjąć – tak jak kiedyś podejmowano w kwestii gruźlicy, wczesnych zgonów noworodków, schorzeń kardiologicznych.

Rozmawiał Janusz Michalak