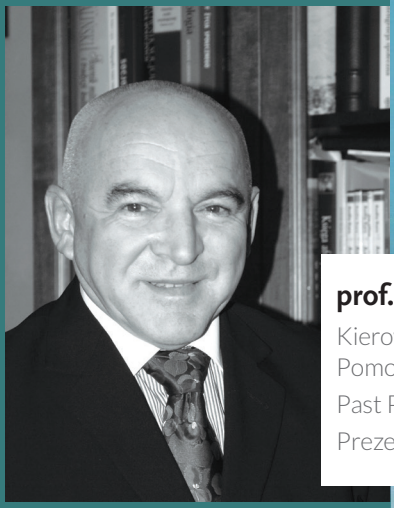
POLSKIEJ CHIRURGII GROZI



prof. dr hab. n. med. Józef Kładny
Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
Past Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej
Prezes Kolegium Lekarzy Chirurgów

Chirurgia onkologiczna jest podstawową, wysoce skuteczną metodą leczenia różnych typów nowotworów. W ubiegłym roku policzono wszystkich czynnych (czyli operujących) chirurgów w Polsce. Jest ich zaledwie 3,8 tysiąca, nie – jak wynika z oficjalnych statystyk – 9 tysięcy. Można zadać sobie pytanie, ilu z tych niespełna czterech tysięcy polskich chirurgów wykonuje operacje onkologiczne. Odpowiedź nie napawa optymizmem: mamy zaledwie 800 chirurgów ze specjalizacją onkologiczną. Polska chirurgia pogrąża się w kryzysie kadrowym.

Stwierdzam z pełną odpowiedzialnością, że doświadczamy na tym polu zapaści. Mamy coraz mniej wykształconych specjalistów, a jednocześnie koszty wykształcenia chirurga wyspecjalizowanego w leczeniu nowotworów są ogromne. Nieliczni, którzy decydują się na tę trudną specjalizację, często nie mają możliwości praktykowania u boku doświadczonego chirurga. Naprawy, bez której grozi nam dramatyczne pogorszenie wyników leczenia onkologicznego w Polsce, wymaga nie tylko system szkolenia chirurgów.

W porównaniu do skali odpowiedzialności i ponoszonego ryzyka ranga zawodu chirurga jest w Polsce bardzo niska, podobnie jak zarobki. Równie złe są warunki pracy i jej bezpieczeństwo. Ze względu na braki kadrowe chirurdzy często są zmuszani do zawierania umów kontraktowych. W praktyce oznacza

ONKOLOGICZNEJ ZAPAŚĆ

to pracę ponad siły i 24-godzinną gotowość do przeprowadzania zabiegów. Choć obowiązują nas przepisy unijne i prawo dotyczące wymiaru pracy, każdy chirurg w moim regionie pracuje średnio 264 godziny miesięcznie, czyli o ponad 100 za dużo. Z prawnego punktu widzenia lekarz na kontrakcie jest uznawany za podmiot gospodarczy, nie podlega kodeksowi pracy, odpowiada całym swoim majątkiem. Nikogo nie interesuje, czy fizycznie jest w stanie podjąć się operacji, od której bardzo często zależy życie chorego. Łamanie zasad bezpieczeństwa pracy, a przede wszystkim bezpieczeństwa pacjentów jest nagminne.

Wyposażenie oddziałów chirurgii onkologicznej i ogólnej to kolejny trudny temat. Zużyty lub niedziałający sprzęt w salach operacyjnych to codzienność. W dziedzinie nowoczesnych technologii chirurgicznych i chirurgii robotowej pozostajemy w ogonie Europy. Czterokrotnie mniejsze od nas Czechy dysponują dwudziestoma czterema robotami Da Vinci, podczas gdy w Polsce mamy tylko dwa i do tej pory nie ogłoszono refundacji kosztów procedur przeprowadzanych z ich użyciem.

Procedury chirurgiczne są niedoszacowane o co najmniej 30%. W Stanach Zjednoczonych wycena tych samych świadczeń jest od dziesięciu do trzydziestu razy wyższa. Stąd długi wszystkich polskich oddziałów chirurgii rosną. Kwestia wyceny procedur medycznych jest silnie powiązana z polityką i wysokością środków na ochronę zdrowia. W Czechach na

ochronę zdrowia przeznacza się 5,6% PKB, w Polsce tylko 4,6%.

Polscy decydenci nie otwierają się na korzystanie z gotowych rozwiązań tych krajów, które restrukturyzację systemu opieki zdrowotnej i proces właściwej wyceny procedur medycznych mają już za sobą. Dlaczego nie przenieść na grunt polski choćby rozwiązań zastosowanych w Niemczech, gdzie przez kilkadziesiąt lat konsekwentnie wyceniono w punktach wszystkie procedury medyczne? Ustalone proporcje punktowe cały czas obowiązują i zależnie od budżetu danego landu przekładane są na środki, którymi dysponuje dany land. W latach 90. taki modelowy system wyceny procedur medycznych funkcjonował w Szpitalu MSWiA w Poznaniu, a dodatkowo każdy chory otrzymywał informację, ile kosztowało jego leczenie. Szkoda, że nikt nie wykazał woli, by wprowadzić poznański system na szeroka skalę.

Problem z systemem ochrony zdrowia oraz podejściem decydentów ma nie tylko chirurgia onkologiczna, ale i ogólna. Chirurdzy onkologiczni wraz z prezesem Towarzystwa Chirurgów Polskich wystosowali list do ministra zdrowia, aby podjąć dialog na temat sytuacji tych specjalności w naszym kraju. Niemal w tym samym czasie nowo założone Porozumienie Chirurgów opublikowało manifest, w którym młodzi chirurdzy domagają się większego dostępu do stołów operacyjnych, podwyżek płac i większych możliwości szkoleniowych.

Inny ważną kwestię stanowi w onkologii jakość leczenia chirurgicznego. Chory onkologicznie powinien być leczony w ośrodku o możliwie największym doświadczeniu. Szczególnie pierwsza interwencja chirurgiczna, która determinuje dalszy przebieg i wyniki leczenia, powinna mieć miejsce w ośrodku referencyjnym. W rzeczywistości w raku piersi, jelita grubego czy żołądka nadal jedynie około 40% pacjentów operowanych jest w centrach onkologicznych z dużym doświadczeniem. Większość zabiegów odbywa się w szpitalach wykonujących kilka takich operacji na rok. Na przykład wśród ponad 300 ośrodków mogących operować raka żołądka aż 230 wykonuje mniej niż dziewięć zabiegów rocznie. Zapewniających minimalne doświadczenie sześćdziesiąt operacji tego nowotworu rocznie wykonuje zaledwie dziewięć ośrodków. Rozproszenie ośrodków zajmujących się chirurgią onkologiczną wpływa zatem negatywnie na jakość leczenia; zwiększoną śmiertelność pooperacyjną pacjentów odnotowuje się w placówkach niemających dużego doświadczenia w przeprowadzaniu operacji danego typu. Wspomniane sześćdziesiąt operacji rocznie w ramach jednego rodzaju zabiegów to

minimum, aby uznać daną placówkę za doświadczoną w leczeniu chirurgicznym danego nowotworu.

Jakość leczenia w onkologii, również chirurgicznego, da się zmierzyć odsetkiem przeżyć pięcioletnich. Przygotowany przez nas, tak bardzo potrzebny projekt oceny jakościowej leczenia zostanie przedstawiony Ministrowi Zdrowia. Dotyczy on między innymi monitoringu pooperacyjnego, z którym w chirurgii wciąż mamy problemy. Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej od lat zresztą apeluje o kontrolę jakości opieki nad pacjentami, przede wszystkim o kontrolę trafności diagnoz, liczby powikłań pooperacyjnych i powtórnych zabiegów, a także przeżyć odległych wśród chorych. Restrukturyzacji wymaga cała chirurgia: brak standardów zatrudnienia, standardów dotyczących sprzętu, infrastruktury oraz związanych z zabezpieczeniem funkcjonowania wszystkich oddziałów chirurgicznych i bezpieczeństwem pracy grozi zapaścią tej specjalności.

Podkreślam: kryzys w polskiej onkologii dotyczy głównie chirurgii. Średnia wieku chirurgów wynosi dziś 58,5 lat, a luka pokoleniowa stale się pogłębia. Może się zdarzyć, że wkrótce nie będzie komu leczyć pacjentów z chorobą nowotworową. Nie zapominajmy: chirurgia była i jeszcze przez długi czas pozostanie główną metodą leczenia nowotworów, a dotykający jej kryzys przekłada się na model opieki nad pacjentem i na bezpieczeństwo chorych. ■

OD REDAKCJI

Ostatnio wiele się mówi o kryzysie polskiej onkologii w kontekście dostępności nowoczesnych leków – i słusznie. O dramatycznym stanie chirurgii onkologicznej, podstawowej i najskuteczniejszej metody walki z rakiem, słychać niewiele. Tymczasem kluczowej gałęzi leczenia onkologicznego grozi zapaść. Ten ważny głos w debacie nad kondycją polskiej onkologii – diagnoza chirurga onkologicznego od lat walczącego o dobro pacjenta „na pierwszej linii frontu" – w sali operacyjnej – płynie od prof. dr. hab. n. med. Józefa Kładnego. Prof. J. Kładny przez dwadzieścia lat sprawował funkcję konsultanta województwa zachodniopomorskiego w dziedzinie chirurgii ogólnej i onkologicznej. W 2018 roku zrezygnował ze stanowiska na znak protestu wobec dramatycznej sytuacji polskiej chirurgii. Obecnie nadal prowadzi działalność na rzecz poprawy statusu zawodowego lekarzy chirurgów w Polsce w ramach założonego Stowarzyszenia Kolegium Lekarzy Chirurgów, w którym pełni funkcję Prezesa Zarządu – www.klch.pl.