Onkologia i polityka

Kilkadziesiąt lat onkologii i ,,dziesiąt" polityki, może być przyczyną luźnych refleksji, co do ich wzajemnych relacji. Miarą jakości funkcjonowania ochrony zdrowia w dowolnym kraju, pozostaje nadal stan lecznictwa psychiatrycznego. W latach siedemdziesiątych, onkologia i psychiatria nie cieszyły się specjalnym zainteresowaniem absolwentów akademii medycznych, powodując ból głowy pełnomocnika do spraw zatrudnienia. Zainteresowaniem cieszyła się ginekologia z położnictwem i specjalizacje zabiegowe. Anestezjologia, z uwagi na międzynarodowe możliwości również. Elementami zachęty do podjęcia pracy w onkologii, radiologii, stomatologii czy w lecznictwie psychiatrycznym były między innymi pięciogodzinny dzień pracy i inne stymulacje, jak np.: przydział mieszkania czy we wcześniejszym okresie, wakacje dla stomatologów leczących w szkołach. Jak widać w świetle przytoczonych przykładów, nie zawsze pełnomocnik czy wynagrodzenie leżało u podstaw wybrania takiej czy innej specjalizacji, nie mówiąc o zainteresowaniach.

Dzisiaj promieniotwórczego radu do ręki nikt nie bierze, nie ucieka przed bombą kobaltową, nie ugina się pod ciężarem ołowianego fartucha, nie chce za byle jakie pieniądze leczyć zębów dzieciom itd. Postęp w medycynie spowodował, że nie tylko brakuje chętnych, by być radioterapeutą czy radiologiem, ale również inne okoliczności przyczyniły się do tego, że psychiatria czy stomatologia przestały być opłacalne. Dlaczego nie psychiatrą dziecięcym, wiemy, bo to problem nie tylko Białegostoku. A dlaczego nie stomatologiem szkolnym? Bo nie zaznaczono w 500 plus stawki za opiekę stomatologiczną nad dzieckiem.

Jeżeli wszystkie specjalizacje lekarskie są potrzebne, a tego nie kwestionują nawet najmniej rozgarnięci politycy, to stawka godzinowa w każdej z nich, winna zmierzać do ponad 200 zł, jako że trudno sobie wyobrazić obniżenie wynagrodzeń anestezjologom. Problemu zróżnicowania wynagrodzeń lekarzy, bez włączenia w problem izb lekarskich nie da się rozwiązać . Lekarze dla dobra pracy zespołowej winni zaakceptować różnice wynagrodzeń. Dostępność opieki onkologicznej, z uwagi na społeczny odbiór, od zawsze pozostaje w sferze zainteresowań ubiegających się o wyborców nominatów partii politycznych.

"*Powodowane doraźną sytuacją działania rodzaju: pakiet onkologiczny, zielona karta, DILO nie zbliżą nas do średnich wyników europejskich w leczeniu i zapobieganiu nowotworom*".

Nie bez znaczenia jest to, że liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych osiąga

ponad 100 tys. rocznie, a ponad 185 tys. nowych zachorowań na ten sam okres przewidywanych jest w ciągu najbliższych lat. Finansowanie onkologii to głównie środki, onegdaj bezpośrednio z budżetu, a obecnie Narodowego Funduszu Zdrowia. Programy profilaktyczne, diagnostyka i leczenie oraz rehabilitacja oraz opieka paliatywna czy refundacja leków, są również finansowane praktycznie centralnie.

W związku z powyższym, każde limitowanie środków odbija się natychmiast na dostępności świadczeń onkologicznych. Odpowiedzią na możliwe deficyty środków finansowych było powstanie tytułu „środki nielimitowane". Tytuł ten spowodował, że ubiegająca się o te środki ogromna rzesza podmiotów medycznych dopisała w swojej nazwie przymiotnik „onkologiczny", np.: szpital onkologiczny, oddział onkologiczny, poradnia onkologiczna itd. W odpowiedzi na społeczną presję pojawiły się stowarzyszenia i organizacje, których celem stało się opracowanie programów zwalczania chorób nowotworowych. To, czy miały one przymiotnik „narodowy", jak chciała Polska Unia Onkologii czy Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030, ma znaczenie drugorzędne. Liczą się wyniki, cele i przede wszystkim środki finansowe oraz zasoby ludzkie. Nikt nie kwestionuje działań skoordynowanych w przedmiocie uzyskania wzrostu odsetka skutecznie leczonych chorych onkologicznie. Zgodni są w tym zarówno specjaliści z zakresu onkologii, jak i zdrowia publicznego, wspierani przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych. Powodowane doraźną sytuacją działania rodzaju: pakiet onkologiczny, zielona karta, DiLO nie zbliżą nas do średnich wyników europejskich w leczeniu i zapobieganiu nowotworom, mimo posiadania w zaokrągleniu około 700 chirurgów onkologicznych, ponad 800 onkologów klinicznych i 600 radioterapeutów. Forsowanie w spojrzeniu na działania medyczne poglądu, że mogą być one mniej lub bardziej pilne, ,stoi w jawnej sprzeczności z zapisami Kodeksu Etyki Lekarskiej. Triaż nawet w medycynie ratunkowej na SOR-ze skutkuje, mimo absolutnie logicznych przesłanek w przypadku masowego wypadku, ostrymi spięciami między personelem medycznym i pacjentami i sugeruje przyczynę braku chętnych do podjęcia tej specjalizacji.

Spowodowane dodatkowo między innymi pandemią zaburzenia w funkcjonowaniu onkologii wymagają stanowczego resetu z wyważonym spojrzeniem na Narodową Strategię Onkologiczną, Krajową Sieć Onkologiczną, Krajowy Rejestr Nowotworów oraz modyfikacje DiLO. Wsparcie tego resetu przez korporację lekarską jest raczej oczywiste i to nie ze względów politycznych.

Fabian Obzejta

Panaceum 10/2022

Czy zgadzają się Państwo z tezami tego felietonu? Zachęcamy do dzielenia się swoimi refleksjami. Czekamy na Państwa opinie: panaceum@oil.lodz.pl