

Jak leczeni są Polacy, a jak inni Europejczycy

Kod Dobrej Praktyki Onkologicznej

Nowotwory złośliwe stają się również w Polsce główną przyczyną przedwczesnych zgonów osób przed 65. rokiem życia, odbierając to niechlubne pierwszeństwo chorobom układu sercowo-naczyniowego. Prognozy epidemiologiczne dla nowotworów są mało optymistyczne.

Populacja chorych na nowotwory w Polsce liczy ponad 500 tys. osób. Jak zatem racjonalnie i skutecznie leczyć choroby nowotworowe? Na to pytanie pojawia się coraz więcej dobrych odpowiedzi.

Analizy Lichtenberga

Amerykańskie Narodowe Biuro Badań Ekonomicznych (National Bureau of Economic Research) opublikowało w 2010 r. wyniki analiz Lichtenberga, który badał korelacje różnych czynników odpowiedzialnych za poprawę wyników leczenia nowotworów. Dane amerykańskie pokazują znaczenie 3 czynników. Po pierwsze, pozytywną korelację z poprawą przeżycia w latach 1996–2006 wykazano dla diagnostyki obrazowej w nowoczesnym wydaniu, z zastosowaniem tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Nowe technologie przyczyniły się do poprawy wczesnego rozpoznawania nowotworów. Udział diagnostyki obrazowej w poprawie wyników leczenia obliczono na 39 proc. Po drugie, w 33 proc. pozytywny efekt uzyskano dla tzw. innych czynników, niezwiązanych z chorobą nowotworową, np. spadek liczby incydentów medycznych związanych z wiekiem. Po trzecie, pozostała 28-procentowa poprawa wyników leczenia wynika wprost z zastosowania innowacyjnych leków, zarejestrowanych w tym okresie przez Federal Drug Administration (FDA).

Przeżywalność

Miarą skuteczności interwencji w zakresie chorób nowotworowych jest przeżywalność 1–5-letnia lub śmiertelność w populacji chorych.

„Śmiertelność populacyjna w chorobach nowotworowych w Polsce spada, lecz tempo tego spadku jest niższe niż w wielu innych krajach, a w ciągu ostatnich 10 lat nie zanotowano postępu” („Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich”).

Skuteczność interwencji wynika ze sposobu organizacji systemu opieki onkologicznej, tj. wczesnego rozpoznawania, koordynacji procesów związanych z diagnostyką i terapią, podejścia wielodyscyplinarnego (już od momentu planowania), stosowania metod leczenia skojarzonego, redukcji opóźnień kolejnych interwencji, zarządzania informacją medyczną, zapewnienia odpowiedniej opieki po leczeniu specjalistycznym oraz szerokiej edukacji skierowanej do społeczeństwa (ludzi zdrowych, chorych i ich rodzin) i do personelu medycznego. Wysoka skuteczność nie będzie możliwa bez zapewnienia odpowiedniego poziomu zasobów: infrastruktury, kadr, nakładów finansowych proporcjonalnych do wielkości populacji chorych, bez odpowiedniej geograficznej dystrybucji świadczeń i zapewnienia dostępu do skutecznych i nowoczesnych technologii i leków.

W raporcie Karolinska Institute porównano wysokość nakładów na leczenie onkologiczne w krajach europejskich. W Polsce sięgają one 41 euro na mieszkańca, w innych krajach ten wskaźnik wynosi: dla Słowenii 75 euro, dla Czech 72 euro, dla Węgier 61 euro, dla Słowacji 48 euro. Średnia dla krajów europejskich jest na poziomie 148 euro.

Podejście multidyscyplinarne

Podejście multidyscyplinarne oraz stosowanie procedur i standardów o udowodnionej korzyści klinicznej oprócz poprawy wskaźnika wyleczalności nowotworów pozwala również na monitorowanie, analizę i prognozowanie zjawisk zdrowotnych dla całej populacji chorych. Anglia i wprowadzony tam narodowy program zwalczania raka piersi jest przykładem takiego myślenia. – *Zauważyliśmy, że prawie w każdym szpitalu kobiety otrzymywały różnego rodzaju świadczenia medyczne. Teraz w leczeniu raka piersi mamy jedną, tak samo realizowaną usługę na poziomie narodowym* – tłumaczy Sir Muir Gray, dyrektor Instytutu Nauk Medycznych Uniwersytetu w Oksfordzie, twórca terminu *evidence-based health care*.

Szansa na poprawę

Szansą na poprawę wyników leczenia nowotworów w Polsce jest zapewnienie dostępu do nowoczesnych metod diagnostyki i terapii oraz kontynuacja Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, ustanowionego na mocy ustawy z 1 lipca 2005 r. Celem

„ Populacja chorych na raka w Polsce liczy ponad 500 tys. osób. Jak racjonalnie i skutecznie leczyć choroby nowotworowe? Na to pytanie pojawia się coraz więcej dobrych odpowiedzi ”



foto: PAP/Bartłomiej Zborowski

„ Szansą na poprawę wyników leczenia nowotworów w Polsce jest zapewnienie dostępu do nowoczesnych metod diagnostyki i terapii ”

programu jest osiągnięcie do 2015 r. dwóch najważniejszych celów: zmniejszenie o 10 proc. zachorowań na nowotwory (dzięki poprawie profilaktyki pierwotnej i wtórnej) oraz wzrost wskaźnika wyleczalności dla mężczyzn do 40 proc., a dla kobiet do 50 proc. (co ma odpowiadać średnim poziomom tego wskaźnika w krajach Unii Europejskiej). Co roku system opieki onkologicznej otrzymuje z Ministerstwa Zdrowia, a więc spoza budżetu NFZ, 250–300 mln zł na jego realizację. Program jest kompleksowy, ma jednak charakter interwencyjny, skupia się głównie na profilaktyce, a nie na terapii.

Według danych Polskiej Unii Onkologii, w Polsce tylko 20 proc. pacjentów z nowotworami rozpoczyna leczenie we wczesnej fazie choroby, podczas gdy w USA

i w przodujących w tej dziedzinie krajach Unii Europejskiej – nawet 80 proc.

Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych dotyczy 6 obszarów: działalności edukacyjnej, zakupów inwestycyjnych, profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów, poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów u dzieci, rozwoju opieki paliatywnej oraz poprawy systemu zbierania danych i rejestracji zdarzeń o chorobach nowotworowych. Ponadto w kolejnych latach pieniądze są przekazywane na wybrane podprogramy, np.:

- ograniczenie zachorowań na nowotwory złośliwe o etiopatogenezie związanej z paleniem tytoniu lub niewłaściwym odżywianiem;



foto: iStockphoto

„ W Polsce tylko 20 proc. pacjentów z nowotworami rozpoczyna leczenie we wczesnej fazie choroby, podczas gdy w USA i w przodujących krajach Unii Europejskiej – nawet 80 proc. ”

- profilaktykę i wczesne wykrywanie raka piersi, jelita grubego i szyjki macicy;
- opiekę nad rodzinami wysokiego ryzyka;
- zakup aparatury diagnostycznej i budowę sieci ośrodków tomografii pozytonowej (do kwietnia 2010 r. uruchomiono 10 ośrodków PET-CT, a jeden aparat PET-CT kosztuje nawet 5 mln euro);
- utworzenie systemu radioterapii onkologicznej;
- szkolenia dla lekarzy różnych specjalności (POZ, rodzinnych, chirurgów, patologów);
- poprawę standardów operacyjnego leczenia raka płuca;
- poprawę diagnostyki białaczek ostrych u osób dorosłych;

- wykrywanie chłoniaków złośliwych;
- rozwój opieki paliatywnej.

W ostatnich latach większość wydatków przeznaczano na doposażenie i modernizację zakładów radioterapii. W 2010 r. wydano na ten cel 120 mln zł, a w 2011 r. już 140 mln zł. Leczenie napromienianiem od 2005 r. systematycznie się zwiększa. Radioterapia przestała być wąskim gardłem polskiej onkologii.

Kontynuacja

W 2012 r. Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych kontynuuje większość działań z roku 2011. Istotne znaczenie dla realizacji bieżących planów mają profilaktyka raka piersi, jelita grubego i szyjki macicy oraz poprawa jakości leczenia nowotworów u dzieci. Ponadto zakupy inwestycyjne – dalsze doposażenie zakładów radioterapii, zakupy aparatury dla oddziałów torakochirurgii i pulmonologii oraz aparatów diagnostycznych dla potrzeb wczesnego wykrywania nowotworów. Nowym zadaniem jest szkolenie patomorfologów w zakresie histopatologii onkologicznej. Celem jest ujednoczenie zasad opracowania materiału cytologicznego i tkankowego oraz raportów histopatologicznych, zgodnie ze światowymi standardami. Umożliwi to wprowadzenie raportów histopatologicznych powiązanych z Krajowym Rejestrem Nowotworów i mających praktyczne znaczenie dla planowania leczenia onkologicznego również na podstawie oceny czynników predykcyjnych dla terapii celowanych.

Kod dobrej praktyki w zakresie onkologii powinien się opierać na efektywnej i wielodyscyplinarnej organizacji opieki nad chorym. W zakresie *evidence* powinien umożliwiać stosowanie metod terapeutycznych o potwierdzonej skuteczności klinicznej oraz standardów i modeli sprawdzonych w systemach o wysokich wskaźnikach wyleczalności nowotworów. Nakłady, pomimo dotychczasowych wzrostów, powinny być proporcjonalne do średnich z innych krajów i odpowiadać na oczekiwania społeczne, które jednoznacznie kwalifikują choroby nowotworowe jako najwyższy priorytet. W ustalaniu kodu dobrej praktyki onkologicznej swój udział powinny mieć opracowania analityczne i dokumenty programowe będące wynikiem szerokiej konsultacji i współpracy ekspertów, a także wskazujące najważniejsze działania wraz ze sposobem ich realizacji. Takie podejście uzasadnia wyższe nakłady finansowe, również w obliczu potrzeby redukcji społecznych kosztów nowotworów.

W 2010 r. Lance Armstrong Foundation opublikowała raport z danymi na temat kosztów pośrednich chorób. Nowotwory zajmują najwyższą pozycję. W skali globalnej koszt społeczny chorób nowotworowych wynosi 900 mld USD (bez kosztów bezpośrednich, czyli związanych z leczeniem). Dla porównania – koszty społeczne chorób serca to 750 mld USD, a cukrzyca „tylko” 200 mld USD.

Antoni Kubart