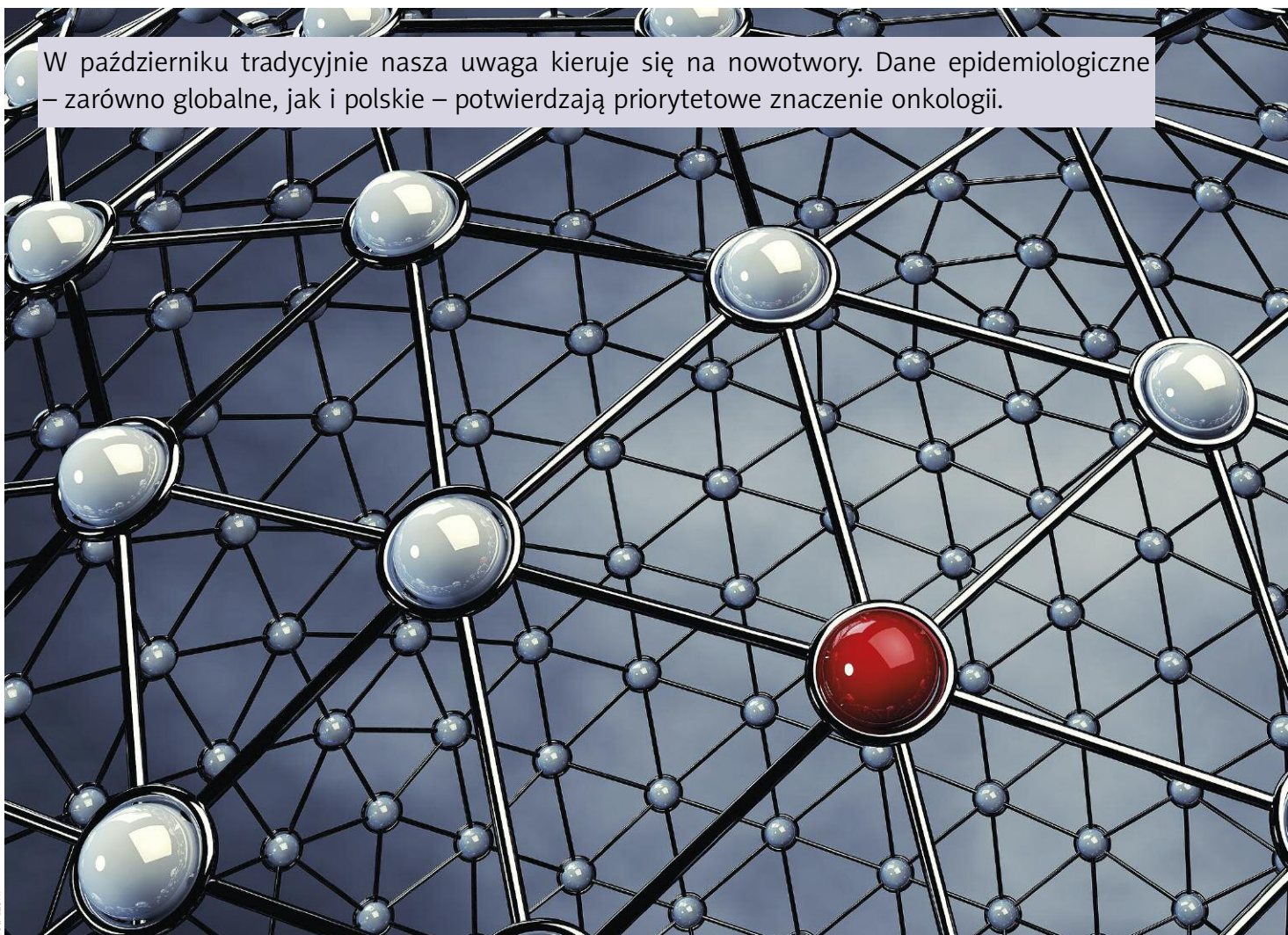


W Polsce jest czterysta tysięcy chorych na raka

Stawka większa niż życie

W październiku tradycyjnie nasza uwaga kieruje się na nowotwory. Dane epidemiologiczne – zarówno globalne, jak i polskie – potwierdzają priorytetowe znaczenie onkologii.



for. 123RF

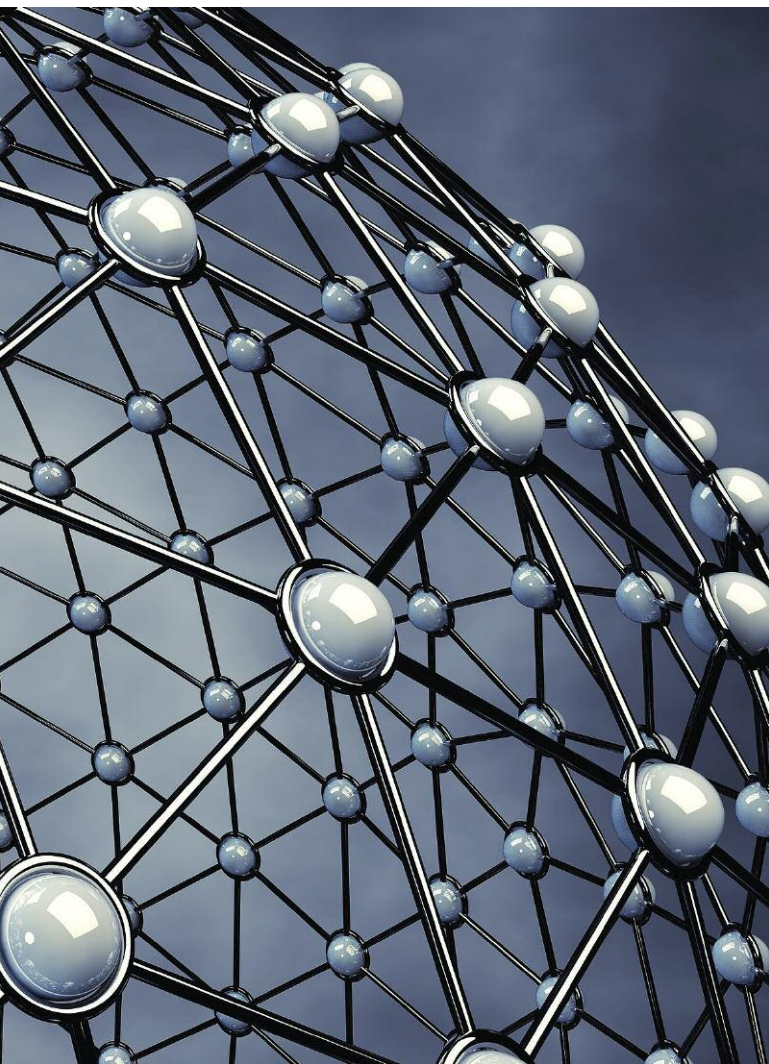
Prognozy epidemiologiczne, pierwsze miejsce przypisywane już dzisiaj nowotworom jako przyczynie przedwczesnych zgonów oraz największe obciążenie społeczno-ekonomiczne spośród wszystkich chorób dobitnie potwierdzają ten należny priorytet. Stąd wszystkie technologie, zasoby oraz rozwiązania organizacyjne, które poprawiają wyniki przeżywalności chorych na nowotwory, mają znaczenie dla nas wszystkich – potencjalnych klientów opieki medycznej.

Dwadzieścia dwa ośrodki

Funkcjonująca w Polsce sieć onkologiczna opiera się na 22 pełnoprofilowych ośrodkach onkologicznych

i oddziałach szpitalnych oraz dysponuje bazą 55 tys. łóżek. Statystyczne dane dla ostatniego roku mówią o 400 tys. hospitalizacji, 65 tys. operacji oraz 1,1 mln porad ambulatoryjnych. Jest to odpowiedź na potrzeby populacji chorych na nowotwory szacowanej na 400 tys. osób. W systemie opieki onkologicznej pracuje ok. 1500 lekarzy różnych specjalności, w tym ponad 300 onkologów klinicznych. Specjalistyczna opieka onkologiczna podlega centralizacji, ale nadal nie obejmuje całej populacji chorych. Na przykład zabiegi chirurgiczne na przewodzie pokarmowym w 60 proc. są wykonywane poza ośrodkami onkologicznymi, a w przypadku raka piersi ten odsetek wynosi 10 proc.

W październiku odbyło się kilka ważnych wydarzeń dotyczących onkologii, m.in. w pierwszej połowie miesiąca III Kongres Onkologii Polskiej we Wrocławiu, który zgromadził ponad 1700 uczestników. Czterodniowy program Kongresu obejmował tematy związane z profilaktyką, rozpoznawaniem i kliniką nowotworów z perspektywy różnych specjalności onkologicznych. Obok doniesień o charakterze naukowym lub klinicznym po-



jawily się również komentarze dotyczące sposobu organizacji opieki onkologicznej oraz tzw. wiedza systemowa, która w dużej mierze decyduje o skuteczności leczenia nowotworów.

Jak osiągnąć sukces

Determinanty sukcesu były wymieniane w wystąpieniach różnych osób. Początek wszelkich rozważań o tym, jak skutecznie zwalczać nowotwory, zdominowała tematyka profilaktyki pierwotnej i wtórnej. W krajach skandynawskich zgłaszalność na badania przesiewowe przekracza 90 proc. (pomimo że nie zawsze są one bezpłatne). Z pewnością jest to doskonały przykład, z któ-

rego powinniśmy czerpać i adaptować sprawdzone modele.

Kolejny przykład zacytuję z wykładu Petera Boyle'a: *importance of down-staging* (celowo przytaczam oryginalny cytat dla podkreślenia jasności i prostoty sformułowania). Na przykładzie raka piersi zaprezentowano, że wczesne wykrywanie nowotworów i przesunięcie momentu rozpoznania z drugiego na pierwszy stopień

„ Funkcjonująca w Polsce sieć onkologiczna opiera się na 22 pełnoprofilowych ośrodkach onkologicznych i oddziałach szpitalnych oraz dysponuje bazą 55 tys. łóżek „

zaawansowania choroby poprawia wskaźnik przeżywalności o 12 proc. Przesunięcie z czwartego stopnia zaawansowania na trzeci poprawia szanse na przeżycie nawet o 30 proc.

Trzecia grupa czynników determinujących skuteczność leczenia to dostępność różnych metod terapii oraz obserwowane we wszystkich systemach, ale różniące się natężeniem różnice regionalne, geograficzne. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że pomiędzy poszczególnymi województwami istnieją nawet 8-krotne różnice nakładów na leczenie nowotworów w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. Znajduje to odzwierciedlenie w różnicy wskaźnika wyleczalności między województwami.

Czwarty czynnik to opóźnienie czasowe. Podawano przykłady dotyczące interwału czasowego, np. dla chorych na raka płuca – średni czas od wystąpienia objawów choroby do interwencji chirurgicznej wynosi 126 dni. Oczywista wydaje się potrzeba optymalizacji opóźnień czasowych, ale również być może ich standaryzacji. Wytyczne mogłyby przecież określić, że interwały czasowe na poszczególnych etapach diagnostyki, leczenia i kontroli stanu pacjenta, nie powinny być dłuższe niż... – i tu konkretne wskazanie np. liczby dni. W praktyce ogromne znaczenie mogą mieć kompleksowe, multidyscyplinarne centra diagnostyczno-lecznicze dysponujące odpowiednimi kompetencjami i technologiami oraz potwierdzoną referencyjnością. Takie centra powinny do minimum zredukować wszystkie opóźnienia.

Ocena systemu

Po raz pierwszy podczas Kongresu we Wrocławiu odbyła się wspólna debata konsultantów krajowych w dziedzinach chirurgii onkologicznej, radioterapii



foto: 123RF

„Wszelkie rozważania o tym, jak skutecznie zwalczać nowotwory, zdominowała tematyka profilaktyki pierwotnej i wtórnej”

i onkologii klinicznej. Pojawiła się ocena systemu opieki onkologicznej z trzech różnych perspektyw.

Największy postęp zanotowano w dziedzinie radioterapii. Polska radioterapia zajmuje 13. miejsce w Europie. Porównano dane z roku 2005 ze stanem obecnym. Liczba akceleratorów wzrosła z 70 do 112 (w tym czasie zakupiono 70 nowych aparatów). Liczba specjalistów wzrosła z 320 do 450, a 170 lekarzy jest w trakcie specjalizacji. Wskaźniki dotyczące liczby przyspieszaczy liniowych osiągnęły średni poziom europejski i zalecenia WHO. Zakupy aparatury zostały zrealizowane ze środków Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, który w ostatnich latach przeznaczał do 70 proc. środków na ten właśnie cel.

Trzy razy mniej

Pomimo wzrostu wydatków na kontraktowanie świadczeń onkologicznych do poziomu ok. 8 mld zł średnie nakłady na 1 mieszkańca są ponad 3-krotnie niższe od średniej europejskiej. Problemem jest również zła alokacja środków spowodowana zbyt niską wyceną świad-

czeń z udziałem farmakoterapii, przez co inne metody są faworyzowane. Badanie ankietowe dotyczące przestrzegania zaleceń klinicznych ujawniło przykłady, które świadczą o ich małej roli w praktyce. Daleko nam więc do wysokich standardów, np. takich jak w systemie amerykańskim, gdzie zalecenia NCCN mają nadrzędne znaczenie w procesie podejmowania decyzji terapeutycznych i refundacji kosztów leczenia. Obecnie co 10. pacjent jest leczony dzięki udziałowi w badaniu klinicznym. Niestety znikomy jest odsetek własnych badań akademickich.

Finanse i standardy

Wnioski z tej debaty koncentrowały się wokół finansów i standardów. Podkreślano zbyt niski poziom nakładów oraz złą dystrybucję środków. Wskazywano na potrzebę standaryzacji postępowania, kontroli jakości i mierzenia efektywności oraz inwentaryzacji zasobów systemu i prognozowania potrzeb na podstawie rzetelnych danych rejestru.

W tym samym czasie w salach sejmowych trwała dyskusja na temat realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Sprawozdanie za poprzedni rok wywołało żywą dyskusję, w której wskazywano na potrzebę rewizji i aktualizacji założeń programu i jego bieżących zadań. Aktualny, 10-letni program jest realizowany na mocy ustawy z 2005 r. Stanowi on odpowiedź polskich onkologów na Kartę Paryską – dokument z 2000 r., który nawoływał do opracowania programów zwalczania nowotworów na poziomie każdego kraju. Dyskusje i prace nad ustawą i zapisem założeń programu trwały 9 lat. Program ma swoje korzenie w latach 90. poprzedniego wieku i wymaga przystosowania do nowych możliwości medycyny, aktualnych potrzeb. Zmiany wymaga również jego interwencyjny charakter. 16 października w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie, które zapoczątkowało prace nad nowym kształtem Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych i opracowaniem nadrzędnej dla niego strategii polityki onkologicznej oraz programu dla sieci wyspecjalizowanych ośrodków onkologicznych.

Ministerstwo i NFZ

Na listę ważnych październikowych wydarzeń wpisują także debatę na temat onkologii, która miała miejsce na corocznej konferencji „Rynku Zdrowia”. Tym razem obok onkologów głos zabrali także przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, NFZ i eksperci. We wszystkich wypowiedziach podkreślano konieczność działań, których wynikiem będzie poprawa efektywności leczenia nowotworów. Świetnym przykładem jest onkologia dziecięca, w której uzyskujemy rezultaty odpowiadające średnim europejskim. Przyczyną tego sukcesu są dokonane w ostatnich latach zmiany i zgodna ze standardami europejskimi działalność 15 ośrodków onkologii dziecięcej. Nie wszystkie rozwiązania odpowiadają oczek-

kiwaniami. Ogromne znaczenie przypisuje się poprawie profilaktyki i wczesnego rozpoznawania nowotworów. Nadal bowiem 70 proc. chorych trafia do specjalisty w trzecim lub czwartym stadium zaawansowania choroby, co zwiększa koszty i obniża skuteczność leczenia. Potrzebne są większe środki, których racjonalna dystrybucja będzie zapewniona przez odpowiedni kształt strategicznego planu zwalczania nowotworów. Niezbędne są też zmiany organizacyjne i uregulowania prawne, które zwiększą dostępność i efektywne wykorzystanie różnych metod terapii. Zielone światło i nadzieje pojawiły się w wypowiedzi ministra Bartosza Arłukowicza.

Ocena technologii medycznych

Na początku października w Krakowie dyskutowano nad oceną technologii medycznych w czasach kryzysu. Poruszono tematy pragmatycznego podejścia do oceny innowacji pod kątem oczekiwanej korzyści, zarządzania kosztami oraz decyzji o zaprzestaniu finansowania procedur i technologii o małej efektywności. Promowanie skutecznych metod oraz profilaktyka lub zaprzestanie finansowania metod o małej skuteczności znajdują odbicie w sposobie organizacji leczenia i w osiąganym wyniku ekonomicznym. Rzeczywista ocena wydajności powinna obejmować analizę efektów zdrowotnych, kosztowych i jakościowych. Analizą danych na temat efektywności kosztowej szpitali zajmuje się Polskie Centrum Statystyki Medycznej. Okazuje się, że w naszym kraju tylko 5 proc. szpitali śledzi swoje koszty po wykonaniu procedur. Opieka medyczna ma tę niezmienną cechę, że z każdym rokiem staje się coraz droższa i wymaga coraz większych nakładów. Postęp kosztuje, szczególnie w takich dziedzinach medycyny, w których skuteczność leczenia jest nadal poniżej oczekiwań. Najlepszym przykładem jest onkologia. Szacunkowy koszt wprowadzenia nowego leku przeciwnowotworowego do obrotu ocenia się na 2–3 mld dol. Dla porównania, koszt innowacyjnego leku w innych wskazaniach jest kilka razy niższy.

Budżet

Właśnie o tej porze roku, jak zwykle, pojawia się informacja o wykorzystaniu środków budżetowych zakontraktowanych przez szpital na bieżący rok. Dystrybucja środków finansowych w ramach zakontraktowanego budżetu nie zawsze jest oparta na zasadach kompleksowego postępowania z zastosowaniem metod leczenia skojarzonego. Często pokusą (ale również koniecznością, aby zapewnić dalsze funkcjonowanie) dla decyzji o postępowaniu diagnostycznym lub terapeutycznym stają się nisko zawieszony, soczyste owoce, czyli te procedury, które przynoszą zysk podmiotowi świadczeniodawcy. Tracą one charakter decyzji klinicznych, a stają się decyzjami czysto administracyjnymi. Z perspektywy chorego nie zawsze są korzystne. Na przykładzie chorób nowotworowych wiemy, jakie zna-

czenie ma stosowanie skojarzonych metod leczenia. Zgodnie z zasadami *evidence based medicine* oczekiwaną korzyść zdrowotną można zaprogramować, np. w ramach interdyscyplinarnego planu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, ujmującego miejsce i sekwencyjność stosowania różnych metod. Plan taki w postaci sformalizowanego protokołu jest zalecany w modelu EUSOMA dla Breast Cancer Units. W wielu szpitalach praktycznym odpowiednikiem są tzw. zespoły narządowe (*tumor boards*). Od wielu lat w Czechach działają regulacje w tej sprawie. Każdy pacjent trafia do jednego z 16 referencyjnych centrów onkologii na konsultację i otrzymuje, jako wynik zaleceń interdyscyplinarnego zespołu, właśnie protokół terapeutyczny. Po powrocie „do domu” protokół ten stanowi obligatoryjne wytyczne do wszystkich interwencji medycznych w lokalnych szpitalach, które są jednostkami referencyjnymi dla leczenia nowotworów.

„ Wczesne wykrywanie nowotworów i przesunięcie momentu rozpoznania z drugiego na pierwszy stopień zaawansowania choroby poprawia wskaźnik przeżywalności chorych o 12 proc. ”

Konflikt

Dzisiaj obserwujemy konflikt pomiędzy działaniem na rzecz zwiększania wydajności mierzonej efektami zdrowotnymi i efektami finansowymi, czyli chęć sięgania tylko po te nisko zawieszony, łatwo dostępne i najbardziej soczyste owoce. Konflikt ten powoduje największe straty po stronie pacjenta. Pojawia się więc pytanie: kto może i kto powinien bronić jego interesów? Odpowiedź chciałbym skojarzyć z dwoma mechanizmami. Jeden to dyscyplina w przestrzeganiu wytycznych klinicznych, a drugi, wzmacniający – motywacja finansowa do wysokiej wydajności, potwierdzonej wymierną korzyścią zdrowotną.

Leczenie nowotworów jest zawsze procedurą ratującą życie. Onkologia powinna mieć zatem status najwyższego priorytetu, którego potwierdzeniem będą wzrost nakładów na leczenie oraz promocja racjonalnych rozwiązań w organizacji opieki onkologicznej.

Antoni Kubart