

Polsce potrzebna jest strategia leczenia nowotworów

# Plan dla onkologii



foto: iStockphoto

Rozwój innowacji w medycynie spowodował, że takie pojęcia, jak „choroba przewlekła” i „kontrola choroby”, znalazły zastosowanie w odniesieniu do nowotworów. Zaobserwowana w ostatnich dekadach znacząca poprawa wyników leczenia nowotworów to efekt kombinacji różnych czynników: diagnozowania choroby we wczesnym stadium zaawansowania, skoordynowanego, wielospecjalistycznego postępowania terapeutycznego oraz zastosowania nowoczesnych technologii i innowacyjnych leków.

Nakłady na badania i rozwój, dzięki którym powstał np. Human Genome Project, wzmacniają nadzieje na precyzyjne poznanie genetycznych uwarunkowań nowotworów i rozwój skutecznych metod diagnostycznych oraz terapeutycznych. Terapie celowane, molekularnie uwarunkowane, są oczywistym przykładem sukcesu nauki.

## Badania i wdrożenia

Innowacyjne terapie nadal się rozwijają, ale do uzyskania jakościowej zmiany wyników leczenia potrzebny jest efektywny system organizacji opieki onkologicznej. Taki system minimalizuje straty zdrowotne spowodowane niewłaściwą lub opóźnioną interwencją na każdym etapie opieki nad chorym – od momentu rozpoznania,

pogłębionej diagnostyki predykcyjnej, leczenia skojarzonego, po *follow-up*, czyli postępowanie z chorym po leczeniu specjalistycznym.

Eksperci zdrowia publicznego i ekonomiści obrazują negatywne następstwa choroby nowotworowej jako *cancer burden*, czyli obciążenie społeczno-ekonomiczne, które uwzględnia nie tylko bezpośrednie koszty interwencji medycznych, lecz także śmierć, a raczej koszt wynikający z utraconych lat życia, oraz koszty, które system ponosi w wyniku choroby, np. spowodowane niezdolnością do pracy. Dzisiaj wiemy, że to właśnie nowotwory powodują największe koszty społeczno-ekonomiczne, wyprzedzając inne powszechnie występujące schorzenia, np. choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzycę, choroby układu oddechowego. W 2008 r., według danych fundacji Livestrong, globalny *cancer burden* wyniósł prawie 900 mld USD.

## Priorytety

To właśnie onkologii należy się zatem priorytet, a także strategiczna koncepcja, która obejmie wszystkie zagadnienia związane z zachorowaniem na nowotwór.

Takie podejście, oparte na zaangażowaniu różnych środowisk: pacjentów, lekarzy, ekonomistów i polityków, ma już dowiedzioną skuteczność. Historia „politycznej” walki z rakiem ma już ponad 40 lat. W 1971 r. prezydent USA Richard Nixon w swoim dorocznym orędziu na posiedzeniu obu izb Kongresu ogłosił *The war on cancer* (*Narodową krucjatę przeciw rakowi*) i podpisał *National Cancer Act*. W 2000 r. prezydent Jacques Chirac podpisał *The Charter of Paris Against Cancer*, a w trakcie drugiej kadencji ogłosił narodowy *Plan Cancer*, który zrewolucjonizował system opieki nad chorymi na nowotwory.

## Polskie programy

Polskie programy walki z rakiem mają jeszcze dłuższą tradycję. Komitet w Celu Badania i Leczenia Choroby Zwanej Rakiem, który zajął się organizowaniem onkologicznych placówek leczniczych, powstał już w 1906 r. Pierwszy program walki z rakiem, który dotyczył badań, oświaty i budowy szpitali, ogłoszono w 1924 r. Kolejne realizowano w latach 1952–1972 (stworzenie sieci ośrodków onkologii), 1976–1990 (budowa centrum onkologii i rozbudowa sieci), 2006–2015 (działania w 6 obszarach: działalność edukacyjna, zakupy inwestycyjne aparatury medycznej, profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów, poprawa jako-

ści diagnostyki i leczenia nowotworów u dzieci, rozwój opieki paliatywnej oraz poprawa systemu zbierania danych i rejestracji zdarzeń związanych z chorobami nowotworowymi). Aktualnie realizowany, na mocy ustawy z 2005 r., Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych podobnie jak poprzednie ma charakter interwencyjny. Prace nad kształtem aktualnego NPZCN rozpoczęły się w połowie lat 90. Ustawa wprowadzona w 2005 r. wskazała cele i warunki realizacji NPZCN na podstawie podejścia historycznego. Akt nie uwzględnia prognozy zmian epidemiologicznych i wagi wpływu różnych zadań na realizację celu. Realizacja programu zakłada do 2015 r. osiągnięcie 2 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).

### Finansowanie

Większość funduszy decyzją Rady ds. Zwalczenia Chorób Nowotworowych przeznaczana jest na realizację zadań związanych z profilaktyką nowotworową oraz zakupem aparatów do radioterapii. Każdego roku Ministerstwo Zdrowia przeznaczają ok. 250 mln zł na realizację bieżących zadań. W ostatnich latach 60–70 proc. funduszy wydano na zakup aparatury do radioterapii. Konsekwentna realizacja zadań związanych z radioterapią spowodowała, że możliwości leczenia tą metodą są dostępne dla chorych i oparte na najnowocześniejszej aparaturze na poziomie co najmniej średniej europejskiej. Można zatem uznać, że aktualny program spełnił swoje zadania w zakresie radioterapii. Wysiłki na rzecz podniesienia jakości i efektywności opieki onkologicznej należy zrównoważyć, aby poszczególne metody diagnostyki i leczenia nie były traktowane gorzej. Zadania realizowane w ramach aktualnego programu w większości mają charakter krótkoterminowy, przeważnie dotyczą roku 2012. W praktyce oznacza to, że z powodu późnej dostępności budżetu (najczęściej dopiero w drugim kwartale), konieczności przeprowadzania procedur zamówień publicznych i konkursów ofert – realizacja zadań musi się zamknąć w perspektywie nie dwunastu miesięcy, ale zwykle tylko kilku ostatnich miesięcy roku.

### System opieki

Dzisiaj coraz więcej wiemy na temat korelacji czynników związanych z funkcją (sposób organizacji) i dostępnością zasobów systemu opieki onkologicznej. Porządkowana jest wiedza o tym, czym system dysponuje, z liczbą łóżek onkologicznych na czele. W związku z rolą Krajowego Rejestru Nowotworów, który programowo stale poprawia możliwości jakościowego monitorowania zachorowań, chorobowości i umieralności oraz wskaźników przeżywalności, pojawia się realna szan-

sa na prognozowanie potrzeb. Dostępność zasobów, obok określonych poziomów kontraktowania świadczeń w relacji do bieżącej sytuacji epidemiologicznej i prognozowanych trendów, powinna wyznaczać aktualne i przyszłe limity potrzeb. Z kolei oszacowanie potrzeb powinno stanowić podstawę do powstania szerokiego, **strategicznego planu dla onkologii**. Pełny jego zakres musi obejmować nie tylko optymalizację wszystkich etapów postępowania z chorym w opiece onkologicznej (tworzenie i przestrzeganie wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego), lecz także koordynację wspólnych wysiłków na poziomie zaangażowania:

1) systemu nauczania – w zakresie edukacji społecznej i kształcenia medycznego w celu rozwijania uważności onkologicznej;

„ Właśnie nowotwory powodują największe koszty społeczno-ekonomiczne, wyprzedzając inne powszechnie występujące schorzenia, np. choroby układu sercowo-naczyniowego i cukrzycę ”

2) samorządów lokalnych – w zakresie wspierania realizacji programów profilaktycznych i zapewnienia infrastruktury opieki onkologicznej odpowiadającej lokalnej sytuacji epidemiologicznej;

3) koordynacji postępowania interdyscyplinarnego z nadrzędną rolą onkologa, który planuje zasady postępowania przed, w trakcie i po leczeniu specjalistycznym, dla lekarzy innych specjalności, głównie lekarzy rodzinnych;

4) płatnika – w celu zapewnienia adekwatnej wyceny świadczeń i technologii o udowodnionej skuteczności oraz monitorowania efektywności działań i racjonalnego podziału środków.

Strategia dla onkologii powinna zatem obejmować cały horyzont bieżących i przyszłych działań związanych ze zwalczaniem nowotworów. Powinna być planem wieloletnim, z wyznaczonymi mierzalnymi celami, precyzyjnie określonymi etapami realizacji i określonym sposobem monitorowania efektów jego wdrażania. Takie podejście z kolei uwiarygadnia społeczną zgodę na priorytetowe traktowanie onkologii oraz wyznacza ramy zadań interwencyjnych realizowanych w ramach kolejnego Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

Antoni Kubart