

Onkologia kliniczna – uwarunkowania jakości postępowania*

Maciej Krzakowski

Clinical oncology – determinants of treatment quality

Wprowadzenie

Najważniejszym wskaźnikiem wartości postępowania przeciwnowotworowego jest prawdopodobieństwo populacyjnego przeżycia chorych na nowotwory. Ogólne wskaźniki przeżycia zależą przede wszystkim od struktury zachorowań (w tym – udział nowotworów o różnym rokowaniu oraz zaawansowaniu). Standaryzowane wskaźniki 5-letniego przeżycia w Polsce (Krajowy Rejestr Nowotworów) są niższe o około 10% od średniej europejskiej (EUROCORE) w przypadku ogółu nowotworów u kobiet i mężczyzn, natomiast różnice w poszczególnych rodzajach nowotworów wynoszą 1-25%. Gorsze wyniki uzyskiwane w Polsce dotyczą niestety częstych nowotworów (rak: gruczołu krokowego, jelita grubego, piersi, szyjki macicy). Wspomniana sytuacja ma istotne znaczenie społeczne i nakazuje podejmowanie działań, których celem jest poprawa rokowania chorych na złośliwe nowotwory.

Istnieją liczne możliwości poprawy rokowania chorych na nowotwory – istotne jest wczesne wykrycie oraz wiarygodne i szybkie określenie histologicznego rozpoznania wraz z zaawansowaniem nowotworu, bezzwłoczne zastosowanie właściwego leczenia oraz prowadzenie starannej obserwacji po zakończeniu leczenia. W pojęciu właściwego leczenia mieści się wielodyscyplinarne ustalenie strategii postępowania, z uwzględnieniem czynników prognostycznych i predykcyjnych oraz uwarunkowań ogólnozdrowotnych i społecznych, wykorzystanie możliwości różnych metod (skojarzone postępowanie), monitorowanie przebiegu leczenia pod względem skuteczności i bezpieczeństwa oraz prowadzenie odpowiedniego do sytuacji wspomagającego leczenia.

Onkologia kliniczna jest – obok chirurgicznego leczenia i radioterapii – jedną z podstawowych metod przeciwnowotworowego leczenia. Utrzymanie odpowiedniego standardu i jakości świadczeń z zakresu onkologii klinicznej ma zasadnicze znaczenie dla ogólnych wyników przeciwnowotworowego postępowania. Obecne omówie-

nie przedstawia najważniejsze czynniki, które warunkują zachowanie i poprawę jakości postępowania w zakresie onkologii klinicznej – w skrócie prezentuje obecny stan oraz kierunki zmian.

Lekarze i ośrodki

W Polsce obecnie około 450 lekarzy posiada tytuł specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej. Liczba specjalistów nie jest wystarczająca – Światowa Organizacja Zdrowia uznaje, że właściwy jest wskaźnik 1 lekarz-specjalista na około 65 tysięcy mieszkańców, podczas gdy w Polsce 1 lekarz opiekuje się około 100 tysiącami mieszkańców. Natomiast ogólną liczbę oddziałów onkologii klinicznej można by uznać za dostateczną, gdyby nie fakt znacznego zróżnicowania terytorialnego pod względem liczby oddziałów – w kilku województwach (np. Zachodniopomorskie, Lubuskie, Warmińskomazurskie, Łódzkie) liczba oddziałów jest niedostateczna, a w niektórych (np. Dolnośląskie) jest ich nadmiar w stosunku do populacji tych województw. Liczba oddziałów onkologii klinicznej w województwach o największej liczbie mieszkańców (Mazowieckie, Śląskie, Małopolskie, Wielkopolskie) jest na poziomie dostatecznym. Należy pamiętać o współpracy w zakresie farmakologicznego leczenia niektórych nowotworów ze strony ośrodków pneumonologii (rak płuca) i ginekologii (raka jajnika).

Oddziały onkologii klinicznej są rozmieszczone w wielospecjalistycznych ośrodkach tzw. onkologicznej sieci (Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie oraz Krakowie i Gliwicach – 3, Wojewódzkie Ośrodki Onkologii – 16), a także działają w ramach wyższych uczelni medycznych. Niestety, nie wszystkie Uniwersytety Medyczne posiadają własne Kliniki Onkologii (w tym – oddziały onkologii klinicznej). Poza tym, oddziały onkologii klinicznej istnieją w niektórych szpitalach ogólnoprofilowych lub innych specjalności (np. ośrodki pneumonologii).

Finansowanie

Obecnie w Polsce około 7% produktu krajowego brutto jest przeznaczane na ochronę zdrowia, a około 5%

* Wystąpienie podczas sesji okrągłego stołu z udziałem Konsultantów Krajowych „Standard i jakość leczenia w onkologii” w trakcie XVI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej w Kielcach 20-22 maja 2010 r.

wydatków w ochronie zdrowia stanowią środki na onkologię. Porównanie tzw. bezpośrednich kosztów onkologicznej opieki w krajach Unii Europejskiej wskazuje, że w Polsce przeznaczana jest najmniejszą kwotę w przeliczeniu na mieszkańca (równowartość około 35 euro) – wymienione środki są zdecydowanie nieadekwatne wobec wzrostu kosztów przeciwnowotworowego leczenia (przede wszystkim – leki nowej generacji). Należy pamiętać, że koszt leków (przeciwnowotworowe i wspomagające) stanowi około 10-20% wszystkich wydatków w onkologii. Koszt farmakologicznego leczenia chorych na nowotwory wzrasta o około 20% rocznie, co wynika głównie z wprowadzenia metod ukierunkowanych molekularnie. Z drugiej strony, szersze spektrum możliwości i skuteczność leczenia powoduje wydłużenie czasu przeżycia chorych na wiele nowotworów – nowotwory stają się chorobami przewlekłymi, co skutkuje koniecznością wieloletniej opieki nad chorymi i przyczynia się do zwiększenia finansowych obciążeń.

Dominacja kosztów farmakologicznego leczenia chorych na nowotwory jest widoczna w Polsce – ogólne wydatki na onkologię wzrosły o około 50% w ciągu ostatnich 2-3 lat, co było – przede wszystkim – konsekwencją zwiększenia kosztów leków (wzrost – 130%), a w mniejszym stopniu wynikało z przeznaczania większych środków na chirurgiczne leczenie (wzrost – 54%) i radioterapię (wzrost – 39%).

W 2009 r. na konwencjonalne (standardowe) leczenie przeciwnowotworowe wydatkowano około 700 milionów złotych, a do wymienionej kwoty należy dodać koszty związane z wspomagającym leczeniem. Poza tym, niemal 120 milionów złotych przeznaczono na tzw. niestandardowe metody leczenia farmakologicznego – wymieniona kwota dotyczyła leczenia zastosowanego u około 2 tysięcy chorych, którzy stanowili niespełna 1% wszystkich chorych poddawanych farmakologicznemu leczeniu z powodu nowotworów (ogółem – około 230 tysięcy chorych leczonych farmakologicznie).

Zwiększenie finansowych nakładów na onkologię (w tym – onkologię kliniczną) jest jedną z metod poprawy sytuacji, aczkolwiek powinno przebiegać równoległe z optymalizacją zasad organizacyjnych.

Standardy postępowania

Wzrost kosztów onkologicznej opieki wymaga optymalnego wydatkowania posiadanych środków w celu zabezpieczenia skutecznego i bezpiecznego leczenia w uzasadnionych sytuacjach oraz parytetu dostępności chorym na różne nowotwory i zamieszkującym różne regiony. Znajomość i uwzględnianie w klinicznej praktyce ekonomicznych uwarunkowań leczenia jest szczególnie istotne w sytuacji wzrostu kosztów oraz wobec naturalnej chęci lekarzy zapewnienia możliwie największych korzyści chorym (tzw. prymat dobrostanu chorego). Wymieniony stan powoduje – z jednej strony – konieczność tworzenia opracowań o charakterze wytycznych postępowania oraz – z drugiej strony – potrzebę prowadzenia ekonomicz-

nych analiz dostępnych metod leczenia (np. farmakoekonomika), z wykorzystaniem wyników w praktyce.

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK) opracowuje w cyklu 2-letnim wytyczne (*Zalecenia Postępowania Diagnostyczno-Terapeutycznego*), przy czym wytyczne są aktualizowane w przypadku pojawiania się nowych i racjonalnie uzasadnionych możliwości postępowania. Wytyczne PTOK dotyczą zarówno rozpoznawania, jak również leczenia. Są przygotowywane przez zespoły ekspertów z wykorzystaniem informacji o najwyższym poziomie naukowej wartości i z uwzględnieniem rzeczywistych możliwości praktycznego wykorzystania w warunkach polskiego systemu organizacyjno-finansowego. Istotnym problemem jest odpowiednio wysoki poziom wykorzystania zaleceń – ograniczone możliwości monitorowania zasad postępowania przez przedstawicieli specjalistycznego nadzoru, w szczególności przez wojewódzkich konsultantów, sprawia, że implementacja wytycznych nie jest optymalna.

Analizy ekonomiczne

Istotą analiz zależności zdrowotnych efektów i kosztów poszczególnych metod leczenia jest identyfikacja dominujących technologii, co oznacza metody prowadzące do większych korzyści (skuteczność i bezpieczeństwo) i generujące niższe lub porównywalne koszty wobec standardowo stosowanych. Metodyka porównań korzyści i kosztów może różnić się w zależności od systemu finansowania zdrowotnej opieki. W Polsce, Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM) opiera się na ocenie tzw. inkrementalnego kosztu interwencji w stosunku do korzyści – w zależności od medycznych uwarunkowań (np. częstość występowania nowotworu lub zakres możliwości standardowego leczenia); granica opłacalności może zmieniać się od 1-krotnej do 3-krotnej wartości krajowego produktu brutto. Częstość tzw. pozytywnych rekomendacji AOTM wynosi około 40-50% zgłaszanych technologii, przy czym wzrasta w ostatnim okresie.

Należy mieć nadzieję, że znaczenie ekonomicznych analiz medycznych technologii znajdzie szersze zrozumienie i wykorzystanie w onkologicznej praktyce.

Wartościowe uzupełnienie analiz ekonomicznych mogą stanowić nowe formy współfinansowania przez producentów oraz tzw. rekomendacje warunkowe, które umożliwiają finansowanie leczenia w określonym okresie, koniecznym dla oceny rzeczywistych korzyści populacyjnych w następstwie stosowania nowych metod leczenia (rejstry chorych oraz przebiegu i wyników leczenia).

Podsumowanie

Obecny stan onkologii klinicznej w zakresie jakości postępowania wymaga bezwzględnie poprawy. Konieczne jest wprowadzenie dokładnej ewidencji chorych i procedur diagnostyczno-terapeutycznych (rejstry) w celu określenia rzeczywistych potrzeb w zakresie stosowania farmakologicznego leczenia przeciwnowotworowego, ustalenia obecnych zależności wskazań i możliwości oraz

populacyjnych efektów leczenia. W odniesieniu do nowych metod leczenia optymalne wydaje się stworzenie jednolitego dla wszystkich województw centralnego systemu kwalifikacji, które przez wykorzystanie elektronicznych narzędzi mógłby zdecydowanie usprawnić proces kwalifikowania chorych oraz monitorowania przebiegu i wyników postępowania. Należy wzmocnić możliwości

specjalistycznego nadzoru oraz dążyć do upowszechniania zasad prawidłowego postępowania, z wykorzystaniem aktualizowanych na bieżąco wytycznych oraz okresowych kontroli jakości.

Prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski
Konsultant krajowy ds. onkologii klinicznej