

## Ocena ekonomiczna w opiece nad chorymi na nowotwory

### Economic evaluation in cancer care

Szanowny Panie Redaktorze,

W ostatnim czasie otrzymałem sprawozdanie FECS (Federacja Europejskich Towarzystw Onkologicznych) za lata 1998-1999 i jej stanowisko w sprawie zagadnień ekonomicznych związanych z opieką nad chorymi na nowotwory – *Economic evaluation in cancer care*.

Jest to opracowanie z sierpnia 1998 r., niezującego już Emmanuela van der Schuerena, Katrien Kesteloot i Iriny Cleemput w formie pytań i próby odpowiedzi, jak rozwiązywać konflikt pomiędzy wzrastającymi potrzebami i oczekiwaniami społecznymi, a ograniczonymi finansami na leczenie nowotworów. Uważam, że jest to lektura interesująca i bardzo na czasie, z którą warto zapoznać polskich onkologów.

Dla coraz bardziej ograniczonych możliwości odpowiedzią jest ustalanie priorytetów.

Około 40% ludzi zapada na nowotwory, 60% z nich umiera, a 40% można wyleczyć. Liczby te różnią się w poszczególnych krajach i regionach. Mimo, że nowotwory powodują znaczną chorobowość i śmiertelność w społeczeństwach, wydatki na opiekę zdrowotną są raczej niskie.

Postępy nauki i technologii zwiększają możliwości zwalczania nowotworów – np. taksony, intensyfikacja dawek w chemioterapii, trójwymiarowe planowanie i nowe techniki w radioterapii, chirurgia endoskopowa, metody leczenia skojarzonego, chemoprewencja i inne. Zapotrzebowanie na nowoczesne metody leczenia będzie rosło.

Budżety na opiekę zdrowotną są ograniczone. Ubogie środki i ograniczone możliwości zmuszają organizatorów opieki zdrowotnej do coraz trudniejszych wyborów, nawet w dziedzinie walki z nowotworami. Realny wzrost wydatków na opiekę zdrowotną w krajach Unii Europejskiej na mieszkańca wzrastał o 3,4% rocznie w okresie 1960-1995. Taki wzrost jest z wielu względów obecnie niemożliwy, a liczne ograniczenia dotyczyć będą również wydatków na opiekę zdrowotną.

Obecnie wybory dokonywane są w sposób „dziki”, często nieodpowiedzialnie i bez ustalonych kryteriów. Niekiedy wpływ na wybór mają przepisy budżetowe lub administracyjne, ograniczające niektóre typy interwencji lub leczenia. Organizatorzy opieki zdrowotnej powinni zapewnić jej wysoką jakość oraz dostępność pacjentom,

przy jednoczesnej konfrontacji z coraz mniejszymi środkami finansowymi. Konieczne są więc metody, które ułatwiają racjonalny wybór priorytetów.

Dotychczasowe sposoby określania priorytetów często są nieracjonalne i nie ustalają odpowiedzialności. Odpowiedzialność za wybór priorytetów jest po cichu zrzucana na niższe szczeble decydentów pod pretekstem, że opieka nad pacjentem różni się zależnie od regionu, szpitala itp.

Obowiązkiem rządu reprezentującego obywateli jest otwarta dyskusja nad priorytetami – świadczący usługi zdrowotne odgrywają w tym procesie zasadniczą rolę, ponieważ posiadają właściwą wiedzę o „stanie sztuki” w medycynie. Ustalanie priorytetów powinno również brać pod uwagę potrzeby i preferencje pacjentów.

Ocena ekonomiczna jest dodatkowym narzędziem ustalania priorytetów.

Ocena ekonomiczna porównuje interwencje lecznicze nie tylko w odniesieniu do ich wpływu na zdrowie pacjenta, ale również w poniesionych kosztach. Ułatwia to wybór metod w opiece zdrowotnej, aby osiągnąć najlepszą jakość (efekt dla pacjenta) przy najniższym koszcie. Ocena ekonomiczna nigdy nie powinna zastępować decyzji klinicznych. Jej zadaniem jest podtrzymywanie tych decyzji, ukazując konsekwencje każdego wyboru i jego korzyści.

Inne sposoby pomocne w procesie ustalania priorytetów to medycyna oparta na udowodnionych faktach (*evidence based medicine*) i ocena technologii w opiece zdrowotnej. Medycyna oparta na najlepiej naukowo udowodnionych danych o efektywności interwencji lekarskich oraz skutki stosowanych technologii w medycynie pozwalają na wybór priorytetów, nie tylko z punktu widzenia efektywności leczenia i jego kosztów, ale również implikacji etycznych, socjalnych i organizacyjnych.

Wszyscy, od których zależy polityka zdrowotna, muszą dobrze znać narzędzia służące do wyboru właściwych priorytetów. Będziemy mieli do czynienia z coraz obfitszą literaturą, dotyczącą oceny ekonomicznej opieki zdrowotnej, porównującą zapobieganie nowotworom, rozpoznawanie, leczenie i rehabilitację chorych na nowotwory. Zarówno ci, którzy tworzą politykę zdrowotną, jak i pracownicy służby zdrowia, powinni umieć ocenić zróżnicowaną metodologię tych prac i prawidłowo interpretować do-

stępne dane, dotyczące efektywności i kosztów stosowanych metod.

Potrzeba znacznie więcej wiadomości na temat korzyści i braków w opiece nad chorymi z nowotworem. Zarówno badania eksperymentalne (randomizowane badania kliniczne) jak i studia retrospektywne oraz badania typu „*case-control study*” mają swoje zalety i powinny służyć pomocą. Być może trudno będzie uzyskać jednoznaczne odpowiedzi ale przez porównywanie różnych form opieki można ocenić ostateczny wynik ich wpływu na zdrowie pacjenta: długość przeżycia i jakość życia. Dane o kosztach powinny być zbierane w formie standaryzowanej, aby poprawić porównywalność uzyskiwanych wyników.

Tylko niewielka liczba prac prowadzona była dla oceny: koszt-efekt lub koszt-użyteczność różnych sposobów leczenia nowotworów.

Większość studiów dotyczyła skryningu i stosowania leków. Niewiele prac dotyczy stopniowania (*staging*), leczenia innego niż lekami, badań kontrolnych i opieki paliatywnej.

#### Rekomendacje:

1. Dostępność udowodnionych faktów nie wystarcza, muszą one być wykorzystane.

Należy dokonać wysiłku, aby rozpowszechnić udowodnione wiadomości. Istnieją cenne mechanizmy: stała edukacja medyczna, rozpowszechnianie zasad „dobrej praktyki klinicznej”, systemy akredytacji, czynne działania w kierunku konsensusu i łatwy dostęp do udokumentowanych danych w formie dogodnej do wprowadzenia w praktyce klinicznej.

2. Rozpowszechnianie nowych technologii powinno być poprzedzone wystarczającymi naukowymi badaniami, uzasadniającymi ich wyższość w sensie efektywności, kosztów itp. w odniesieniu do dotychczasowych technik.

Nie oznacza to, że nowe technologie nie są dostępne dla pacjentów. Przeciwnie, wprowadzane na niewielką skalę, mogą wykazać swoje zalety. W czasie badań, dostęp do nich powinien być ograniczony ze ściśle określonych wskazań – pozwala to badaczom zebrać odpowiednie doświadczenia.

3. Potrzebne są niezależne międzynarodowe badania.

Współpraca międzynarodowa jest nieodzowna, aby uzyskać standaryzowane dane w obrębie kraju i oszczędzać zasoby budżetowe.

Dużą liczbę badań sponsorują firmy i przemysł. Oczywiście jest, że komercyjnie finansowane projekty powinny być równoważone przez wystarczająco niezależne projekty badawcze. Specjalne fundusze powinny być dostępne dla oceny tak nowych, jak i standardowych metod leczenia nowotworów. Niestety, w większości krajów Europy fundusze na badania aplikacyjne są niewystarczające, w efekcie postęp we wprowadzaniu bardziej skutecznych metod leczenia jest zbyt wolny.

4. Program działania, zwiększający zwalczanie nowotworów, powinien być oparty na faktach udowodnionych w Europie.

Potrzebny jest program zwiększający wiedzę i świadomość o medycynie, opartej na udowodnionych faktach, dla walki z rakiem, wśród pracowników opieki zdrowotnej, polityków i społeczeństwa. Postępowanie praktyczne oraz różne wyniki powinny być udokumentowane dla wszystkich lokalizacji nowotworów we wszystkich regionach Unii Europejskiej.

Ograniczone zasoby finansowe winny być bardziej efektywnie wykorzystane poprzez wybór najlepszej praktyki oraz eliminację kosztownych i nieskutecznych metod leczenia nowotworów.

Szczególne uwagi powinny być poświęcone wprowadzeniu najlepszej praktyki we wszystkich Centrach Onkologicznych Europy.

Taki program działania zapewni stały postęp w opiece nad chorymi na nowotwory, utrzymując jednocześnie zasady ekonomiczne poświęcone walce z nowotworami na racjonalnym poziomie.

Panie Redaktorze, sądzę, że dobrze by się stało, jeśli *Nowotwory* zachęciłyby do publikacji na tematy poruszone w tym liście.

**Prof. dr hab. med. Andrzej Kułakowski**

Klinika Onkologii  
Centrum Onkologii–Instytut  
im. M. Skłodowskiej-Curie  
ul. Wawelska 15  
00-973 Warszawa