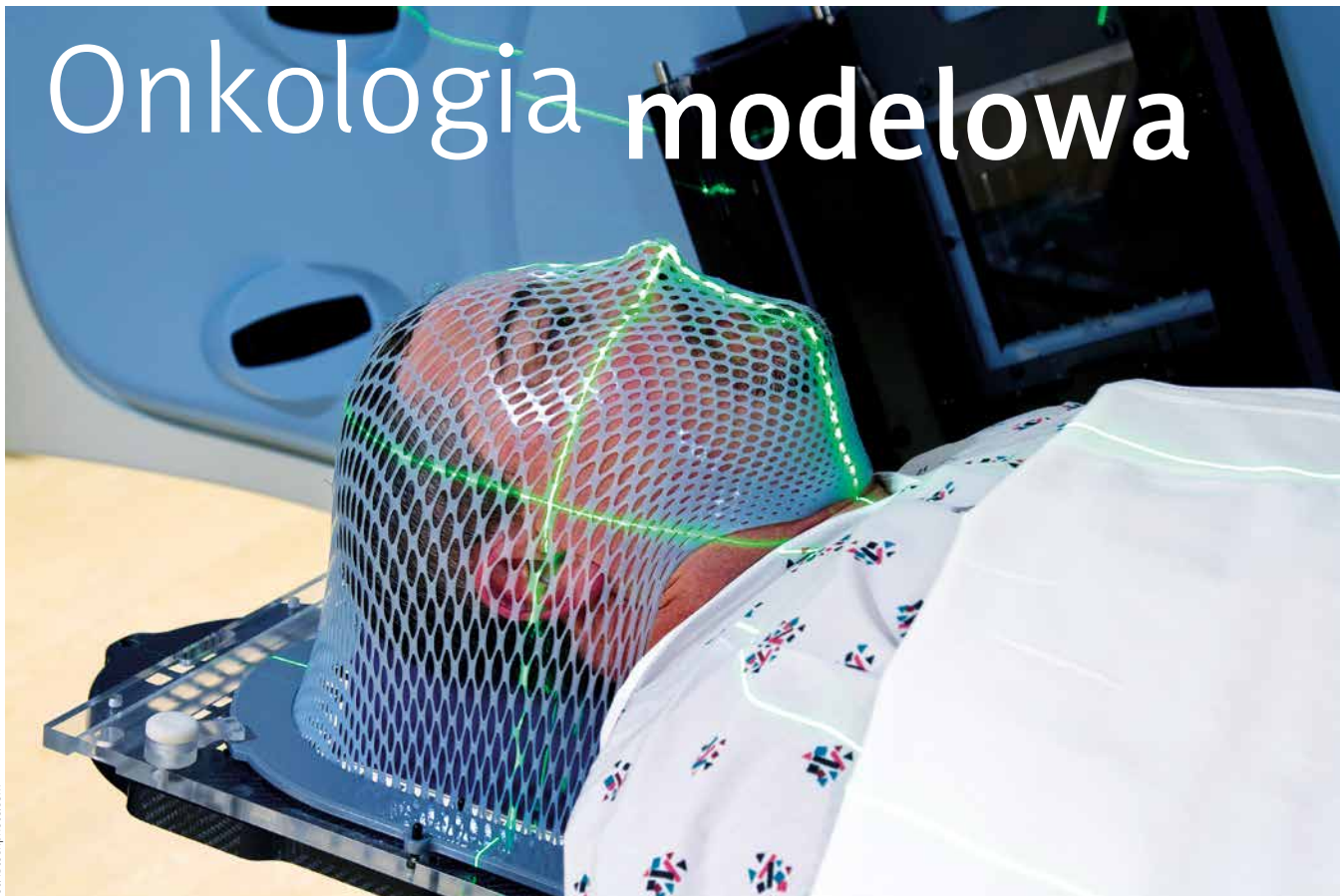


Polska pod lupą modelu potrzeb – prognozy i wyzwania

Onkologia modelowa



For: iStockphoto.com

Zasoby czy potrzeby? Co powinno być pierwsze w dyskusji o tym, jak zmieniać system opieki onkologicznej w Polsce? Wiemy, jakimi kwotami dysponuje NFZ i zgadzamy się, że są one za małe w stosunku do potrzeb. Ale jakie tak naprawdę są potrzeby – ilu dokładnie pacjentów rocznie potrzebuje świadczeń z zakresu chirurgii, radioterapii, chemioterapii? Odpowiedź na to pytanie nie jest wbrew pozorom prosta – wszak potrzeby są różne zależnie od lokalizacji nowotworu, zaawansowania, ogólnego stanu zdrowia oraz preferencji pacjenta.

Aby uzyskać taką informację, trzeba w jednej analizie uwzględnić zarówno epidemiologię (dane o liczbie pacjentów w poszczególnych rozpoznaniach wraz ze stopniem zaawansowania), jak i wiedzę medyczną – jakimi metodami zgodnie z obowiązującym standardem powinno się leczyć poszczególne grupy pacjentów. W ostatnich latach zespoły badawcze na świecie zaczęły tworzyć takie właśnie modele łączące dane epidemiologiczne z wytycznymi opartymi na *evidence based medicine*, co sprawiło, że przewidywanie potrzeb w onkologii stało się dużo bardziej precyzyjne i wiarygodne. Modele te zostały docenione również przez regulatorów w różnych krajach jako użyteczne narzędzie do prognozowania i planowania wydatków w służbie zdrowia. Taki model w ostatnich miesiącach stworzony został również dla Polski.

Onkologia w Polsce 2015–2025

Model dla Polski bazuje na danych epidemiologicznych z Globocanu. Uwzględnia wszystkie typy chorób nowotworowych oprócz raka skóry (ICD-10 C44), a także warianty terapeutyczne stosowane w różnych stadiach ich zaawansowania. Łącząc drzewa decyzyjne obejmujące radioterapię, radykalne leczenie chirurgiczne oraz chemioterapię, uzyskano model pierwotnego leczenia każdego rodzaju nowotworu w każdym stadium zaawansowania. W połączeniu z prognozami liczby zachorowań na różne typy nowotworów oraz danymi dotyczącymi stadiów zaawansowania model pozwala na oszacowanie liczby pacjentów wymagających pierwotnego leczenia we wszystkich trzech rodzajach terapii w najbliższych 10 latach. Taką wiedzą system dotych-

czas nie dysponował. Pogłębione analizy dostarczają interesujących wniosków do dyskusji. Co się stanie, jeśli zmniejszy odsetek pacjentów hospitalizowanych przy chemioterapii? Jak pogodzić potrzebę jakości w wąskich specjalizacjach z zapewnieniem dostępności i kompleksowości leczenia? Wreszcie – jakie znaczenie mają rozbieżności między modelowymi schematami terapii a formami leczenia stosowanymi w Polsce?

Potrzeby

Najbardziej podstawowa informacja, jakiej dostarcza model, to prognoza zachorowań. W 2012 r. liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych liczona na podstawie Globocanu według standardów międzynarodowych (bez raka skóry ICD-10 C44) wyniosła 153 tys. Prognoza na 2015 r. to 157 tys. Do 2025 r. ma ona wynieść ponad 178 tys.

Przy założeniu, że chorzy otrzymują leczenie zgodnie z wytycznymi opartymi na dowodach, 51 proc. z nich wymaga radykalnego leczenia chirurgicznego, 49 proc. radioterapii, a 55 proc. chemioterapii. Proporcje te w nieznanym stopniu zmieniają się w nadchodzących latach. Około 50 proc. nowo zdiagnozowanych osób wymaga terapii łączonej (co najmniej dwóch rodzajów), w tym zastosowania wszystkich trzech form leczenia wymaga 17 proc. chorych. Największy jest odsetek takich diagnoz w wypadku raka żołądka, odbytnicy, głowy i szyi, ośrodkowego układu nerwowego oraz piersi. Dla kontrastu: rak jelita grubego, jajnika oraz nowotwory hematologiczne bardzo rzadko albo wcale nie wymagają trzech form leczenia.

Chirurgia onkologiczna – potrzeby w 2015 r.

Niemal 80 tys. pacjentów wymaga radykalnego leczenia chirurgicznego w ramach terapii pierwotnej, przy czym aż 60 proc. zabiegów chirurgicznych dotyczy trzech wskazań: nowotworów piersi (26 proc.), dolnego odcinka przewodu pokarmowego (20 proc.) oraz ginekologicznych (15 proc.). Odsetek pacjentów wymagających radykalnego leczenia chirurgicznego może się również znacznie różnić zależnie od diagnozy. Jest bardzo wysoki w wypadku raka piersi (95 proc. pacjentów kwalifikuje się do zabiegu) lub raka okrężnicy (80 proc.), ale dużo niższy w wypadku raka płuca (15 proc.).

Jednocześnie skomplikowane zabiegi chirurgiczne wymagające zaawansowanych umiejętności oraz specjalnie przystosowanych do ich przeprowadzenia oddziałów, takie jak zabiegi u pacjentów z nowotworami górnego odcinka przewodu pokarmowego, głowy i szyi, ośrodkowego układu nerwowego, specjalistyczne zabiegi urologiczne (pęcherz, nerki) oraz zabiegi w obszarze klatki piersiowej przeprowadzane we wczesnych stadiach raka płuc, są wykonywane w sumie u ponad 20 tys. pacjentów rocznie. Jednak w poszczególnych podkategoriach ich liczebność może być niewielka. Jak to ma konsekwencje? Jeśli przyjąć, że do zapewnienia

Tabela 1. Liczba pacjentów i zapotrzebowanie na chirurgię onkologiczną, radioterapię i chemioterapię

Rok	2012	2015	2020	2025
Liczba nowych zachorowań*	153 056	157 041	165 063	178 805

*bez raka skóry (C44)

1 terapia	2 terapie	3 terapie	Inne terapie
38,5%	32,8%	17,0%	11,7%

Dane na 2015 r.

odpowiedniego poziomu jakości w chirurgii niezbędna jest minimalna liczba zabiegów wykonywana w danym ośrodku, okaże się, że liczba pacjentów nie jest odpowiednio duża, aby w każdym województwie znajdował się choćby jeden ośrodek specjalizujący się w konkretnym rozpoznaniu. W niektórych diagnozach wymaga to więc planowania i organizacji leczenia w skali kraju lub w skali ponadregionalnej.

W innych rozpoznaniach liczba przypadków jest już odpowiednio duża, by łatwiej godzić specjalizację ośrodka w leczeniu danego typu raka i jakość leczenia z potrzebą zapewnienia pacjentom terapii blisko miejsca zamieszkania. Zakładając, że każdy ośrodek powinien wykonywać minimum 300 operacji rocznie, w skali kraju mogłoby działać ok. 68 szpitali realizujących chirurgię raka piersi oraz 53 zajmujące się chirurgią dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

„ Przy założeniu, że pacjenci otrzymują leczenie zgodnie z wytycznymi opartymi na dowodach, 51 proc. z nich wymaga radykalnego leczenia chirurgicznego, 49 proc. radioterapii, a 55 proc. chemioterapii ”

Radioterapia – potrzeby w 2015 r.

Zapewnienie w 2015 r. radioterapii wszystkim pacjentom wymagającym tego rodzaju leczenia wymagałoby dostępności 164 akceleratorów liniowych. W systemie objętym refundacją NFZ jest ich o 35 mniej, a to oznacza niedobór ok. 20 proc. mocy operacyjnej niezbędnej do zaspokojenia potrzeb. Wynika z tego, że

„W 2012 r. liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych szacowana na podstawie Globocanu (bez raka skóry ICD-10 C44) wyniosła 153 tys. Prognoza na 2015 r. to 157 tys. Do 2025 r. ma ich być ponad 178 tys.„

duża grupa pacjentów nie otrzymuje leczenia zgodnego z potrzebami. Zejście do poziomu diagnoz i połączenie informacji z modelu z danymi Ministerstwa Zdrowia ukazuje skalę problemu. W wypadku raka piersi aż 3,5 tys. kobiet nie jest objętych leczeniem radioterapeutycznym, choć powinny. Przykład ten dobrze ukazuje jednak złożoność zagadnienia. Leczenie radioterapeutyczne towarzyszy operacji oszczędzającej w 1. i 2. stadium choroby. W Polsce aż 2,6 tys. kobiet z wczesnym stadium raka piersi poddawanych jest mastektomii, choć zabieg oszczędzający zgodnie z modelem powinien być u nich preferowaną formą leczenia. Po mastektomii część chorych nie wymaga już radioterapii – jej brak jest więc konsekwencją pierwotnej decyzji dotyczącej formy leczenia. Pytanie jednak pozostaje: dlaczego tak duża grupa pacjentek poddawana jest operacji, która jest dla nich bardziej okaleczająca, choć udowodniono już, że nie daje większej szansy na pełne wyleczenie, a nawet – jak pokazują niektóre publikacje – może oznaczać niższe szanse przeżycia?

Chemioterapia

Okolo 55 proc. nowo zdiagnozowanych pacjentów wymaga chemioterapii, zgodnie z modelem uwzględniającej również programy lekowe i terapie celowane. Jednocześnie, jak pokazują ostatnie publikacje, udział hospitalizacji w cyklach chemioterapii bez programów lekowych sięga nawet 60 proc. W krajach rozwiniętych chemioterapia obejmująca również leczenie celowane prowadzona jest w formie świadczenia ambulatoryjnego lub jednodniowego w pobliżu miejsca zamieszkania

Tabela 2. Zapotrzebowanie na radioterapię w 2015 r.

Wszyscy pacjenci wymagający radioterapii (pacjenci nowi i ze wznową choroby; terapia radykalna i paliatywna)	93 245
Całkowita liczba frakcji	1 420 148
Liczba frakcji / akcelerator / rok	8 700
Zapotrzebowanie na akceleratory	164

pacjentów. Odsetek hospitalizacji towarzyszących chemioterapii w Wielkiej Brytanii czy Francji nie przekracza 5 proc. Koszty ponoszone przez system w związku z hospitalizacją w tym wypadku nie przekładają się na lepszy efekt terapeutyczny. Zwiększenie udziału leczenia ambulatoryjnego wydaje się więc oczywistą i bardzo pożądaną zmianą, zważywszy na niedobory w innych dziedzinach. O jakich wielkościach mówimy? Biorąc pod uwagę specyfikę kraju – poziom rozwoju infrastruktury i odległości do ośrodków w niektórych regionach – osiągnięcie 5 proc. hospitalizacji w Polsce byłoby zbyt dużym wyzwaniem, jednak scenariusz przyjmujący docelowo 10 proc. wydaje się już realny. Przy takim założeniu – przy wyłączeniu z kosztów leków i kosztów dodatkowych, które są jednakowe niezależnie od sposobu podania – obecny model opieki ma potencjał oszczędności wynoszący 367 mln zł rocznie. Pieniądze te można przenieść do innych dziedzin, które wymagają dofinansowania, jak na przykład programy lekowe. Wspomniana kwota to około jednej trzeciej aktualnych rocznych wydatków na terapie celowane.

Model a rzeczywistość

Model dla Polski stworzyły zespoły Danych-i-Analiz oraz Revelva Concept na zlecenie Fundacji Onkologia 2025. Inspiracją były podobne narzędzia, które powstawały na świecie – między innymi w Australii, Anglii, Szkocji, oraz międzynarodowy model IAEA. Ich zadaniem było wesprzeć organy administracyjne, środowiska lekarskie i organizacje pozarządowe w merytorycznym dialogu na temat potrzeb w onkologii. I spełniły oczekiwania, jakie z nimi wiązano.

Modele pokazują wizję systemu idealnego – pełnej dostępności leczenia dla wszystkich pacjentów, leczonych według potwierdzonych naukowo metod. Siłą rzeczy eksponują rozbieżności między wizją idealną a rzeczywistością. Ale w tym właśnie tkwi ich siła – modele pozwalają na zdiagnozowanie luk, oszacowanie ich wielkości i wyznaczenie kierunku zmiany.

Problemem, z którym trzeba się zmierzyć w Polsce, jest jakość danych stanowiących wsad do modeli. Szacunki dotyczące tak podstawowej informacji, jak liczby nowych zachorowań na raka w Polsce, różnią się zależnie od źródła nawet o 38 tys. Tylko w niewielkim odsetku raportowane są kluczowe dane, czyli stopień zaawansowania choroby. Doprowadzenie do pozyskania rzeczywistych, kompletnych i zaudytowanych danych epidemiologicznych powinno być najważniejszym celem systemu. Bez nich jesteśmy skazani na szacunki z dużym marginesem niepewności, na bazie których nie sposób odpowiedzialnie podejmować decyzje o wydatkach operacyjnych i inwestycjach.

*Ewelina Żartok, Mirosław Stachowicz
Ewelina Żartok jest partnerem w Revelva Concept
i ekspertem Fundacji Onkologia 2025.
Mirosław Stachowicz jest prezesem Fundacji Onkologia 2025.*