

Raport o stanie onkologii

# Polska w ogonie Europy

Justyna Wojteczek

Chorym na raka najmniej sprzyja Polska i inne kraje Europy Środkowo-Wschodniej. Systemy opieki zdrowotnej są w nich ubogie. W związku z tym państwa te mniej pieniędzy przeznaczają na walkę z rakiem. Efekty tej polityki widać we wskaźnikach – wyższej śmiertelności i mniejszych szansach wyleczenia choroby nowotworowej w porównaniu z krajami zachodnioeuropejskimi.

Wśród Europejczyków z powodu choroby nowotworowej najczęściej umierają Polacy oraz obywatele pozostałych krajów dawnego bloku wschodniego. Chorzy z tych państw mają również zdecydowanie mniejsze szanse na wyleczenie. Powodem tej sytuacji jest przede wszystkim niedofinansowanie systemów opieki zdrowotnej, a ponadto zbyt małe fundusze przeznaczane na onkologię.

Takie wnioski można wysnuć z opublikowanego w połowie stycznia raportu szwedzkich naukowców z Instytut Karolinska, Stockholm School of Economics oraz firmy i3 Innouvus na temat dostępności do leków onkologicznych dla Europejczyków.

## Epidemiologia

Co roku w Europie wykrywa się coraz więcej nowych zachorowań na nowotwory. Jednocześnie maleje śmiertelność, co należy z kolei powiązać z wcześniejszym rozpoczęciem leczenia i wprowadzeniem nowych terapii. Coraz lepsze są wskaźniki przeżywalności, ale występują duże różnice uwarunkowane zarówno położeniem geograficznym, jak i rodzajem nowotworu. Szwedzcy naukowcy oceniają, że choć wydatki na leczenie chorób nowotworowych i prewencję rosną (i to gwałtownie), są one nadal stosunkowo niewielkie w porównaniu z budżetami na leczenie innych chorób. Pozytywnym trendem jest fakt, że zmniejsza się liczba absencji w pracy spowodowanych nowotworem.

W 2006 r. zdiagnozowano w 30 krajach europejskich ponad 2,4 mln nowych zachorowań, czyli o 10 proc. więcej niż 4 lata wcześniej. Przyczyną tego wzrostu jest przede wszystkim wprowadzanie na coraz szerszą skalę programów badań przesiewowych.

Tego samego roku zmarło na raka ponad 1,2 mln Europejczyków z badanych państw. W porównaniu z poprzednimi latami zauważalna jest niewielka tendencja spadkowa, z dużymi spadkami w niektórych typach nowotworów (np. w latach 2002–2006 – rak żołądka – spadek o ponad 16 proc., ale rak piersi – niecałe 3 proc.). Zdaniem autorów raportu w spadku śmiertelności w przypadku nowotworu żołądka dużą rolę odegrały zmiany stylu życia i odżywiania.

### Nakłady

Na leczenie nowotworów od kilku lat kraje europejskie wydają 4–7 proc. z budżetów na ochronę zdrowia. W 2006 r. było to 54 mld euro. Autorzy raportu podkreślają, że ta proporcja nie odzwierciedla udziału nowotworów w utracie tzw. *zdrowych lat*, jako że nowotwory to 16,7 proc. utraconych *zdrowych lat* ogółem w Unii Europejskiej. Pośrednie koszty nowotworów mogą być nawet 2-krotnie wyższe niż wydatki bezpośrednie.

W Polsce w porównaniu z innymi krajami onkologia jest wyjątkowo niedoinwestowana. Średnia europejska wydatków bezpośrednich na onkologię w 2007 r. to 148 euro na osobę. W Szwecji, która może się też pochwalić największymi sukcesami w zwalczaniu i leczeniu nowotworów, na mieszkańca przypadało 207 euro, w Luksemburgu – 342 euro, w Finlandii – 95 euro, Francji – 205 euro, Niemczech – 216 euro, Czechach – 72 euro. Ten wskaźnik w Polsce to zaledwie 41 euro, niższe mają jedynie Rumunia – 22 euro, Bułgaria – 29 euro, Łotwa – 37 euro, Litwa – 35 euro i Słowacja – 48 euro.

### Przeżywalność

Poprawiają się wskaźniki 5-letnich przeżyć. Często porównywane są one z danymi amerykańskimi, które są niekorzystne dla Starego Kontynentu. Czy słusznie? Szwedzcy naukowcy podkreślają, że często cytuje się amerykańskie dane z 13 ośrodków wybranych z kilku regionów USA. Nie zawierają one jednak informacji o populacji nieobjętej ubezpieczeniem zdrowotnym albo objętej tylko małym zakresem ubezpieczenia. Dlatego Europejczycy nie powinni myśleć, że pod względem dostępności i efektywności leczenia nowotworów są w gorszej sytuacji niż Amerykanie. Warto jednak porównać sytuację pomiędzy krajami europejskimi. Takie porównanie optymistycznie nie nastroja, szczególnie jeśli chodzi o nasz rejon Europy.

Różnice są ogromne. W Szwecji (która na leczenie nowotworów wydaje stosunkowo najwięcej pieniędzy



for. Michał Lapecki / Agencja Gazeta

|           | Nowotwory złośliwe |         |
|-----------|--------------------|---------|
|           | mężczyźni          | kobiety |
| Szwecja   | 60,3               | 61,7    |
| Islandia  | 57,7               | 61,8    |
| Finlandia | 55,9               | 61,4    |
| Austria   | 55,4               | 58      |
| Niemcy    | 50                 | 58,8    |
| Włochy    | 49,8               | 59,7    |
| Polska    | 38,8               | 48,3    |

Odsetek 5-letnich przeżyć w poszczególnych krajach, lata 2000–2002

Źródło: Nils Wilking, Bengt Jonsson, Daniel Hogberg: *Comparator Report on Patient Access to Cancer Drugs In Europe*, January 15, 2009

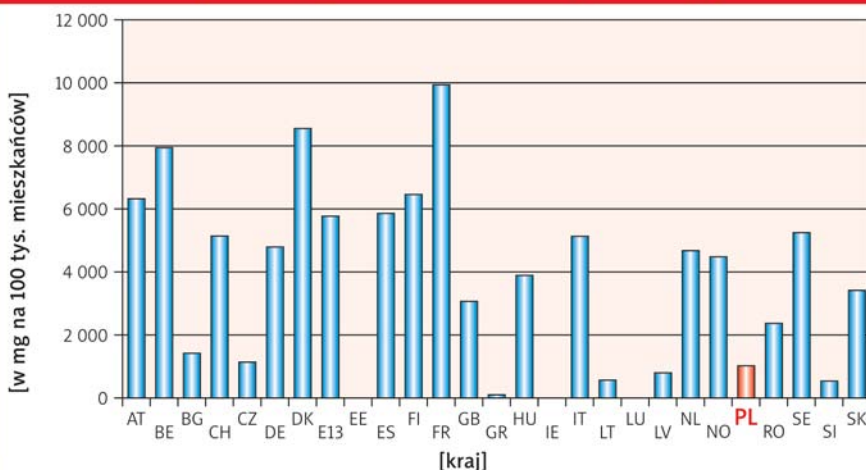
w Europie) wskaźnik 5-letniej przeżywalności mężczyzn wynosi 60,3 proc., w Belgii – ponad 53 proc., a w Polsce – 38,8 proc. Polski wskaźnik 5-letniego przeżycia zarówno kobiet, jak i mężczyzn jest jednym z najniższych w Europie.

### Dostępność leków

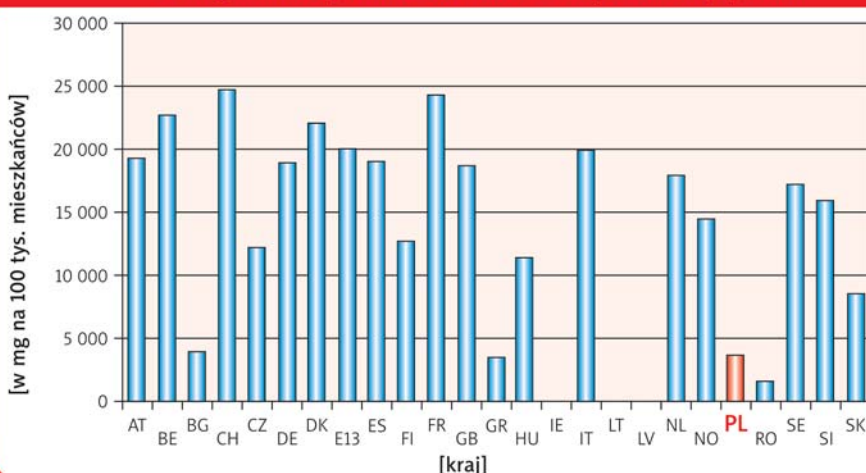
Największa część wydatków w onkologii to leki, i to właśnie wprowadzanie nowoczesnych farmaceutyków było głównym powodem radykalnego wzrostu kosztów w onkologii. W Szwecji w ostatnich latach wydatki na leki onkologiczne zwiększały się o 15–20 proc.



Zużycie docetakselu w 2007 r. wyrażone jako sprzedaż w mg na 100 tys. mieszkańców w krajach europejskich



Zużycie trastuzumabu w 2007 r. wyrażone jako sprzedaż w mg na 100 tys. mieszkańców w krajach europejskich

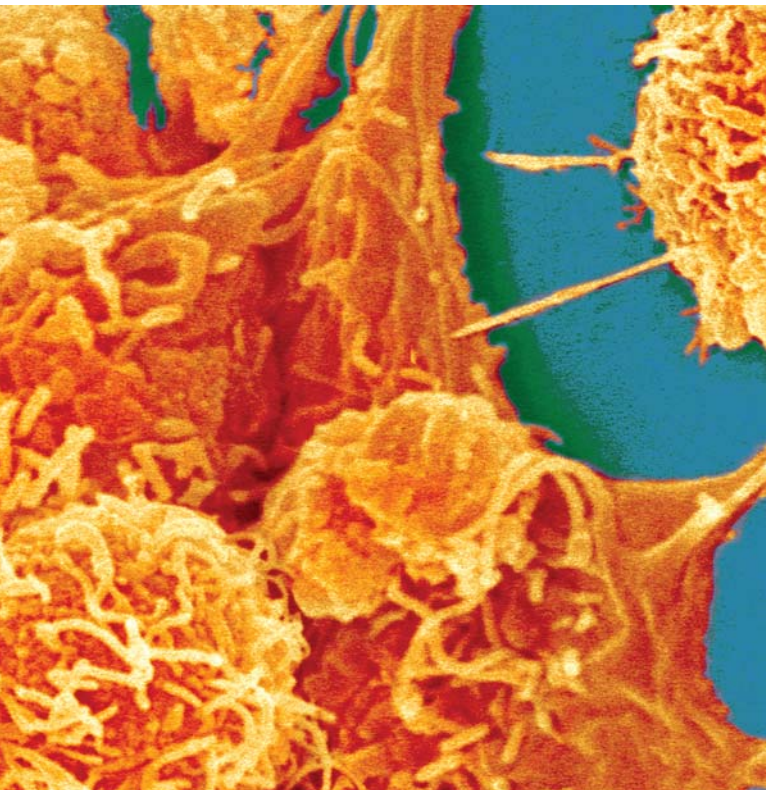


Źródło: Nils Wilking, Bengt Jonsson, Daniel Hogberg: Comparator Report on Patient Access to Cancer Drugs In Europe, January 15, 2009

„ W latach 1998–2007 sprzedaż leków onkologicznych w Europie wzrosła z 4,3 do 26 euro per capita ”

rocznie. Jednak szwedzcy naukowcy uważają, że koszty terapii nadal będą rosnąć, choć już nie tak dynamicznie, jak w ostatnich latach. Szacuje się, że do 2022 r. wydatki na leki onkologiczne zostaną podwojone (z 2,5 mld szwedzkich koron w 2007 r. do 4,8 mld w 2022 r.).

– Choć koszty leków onkologicznych wciąż będą się zwiększać, nie należy się spodziewać podobnego tempa tego wzrostu, jak w ostatnim czasie. W najbliższych latach wygasną patenty na farmaceutyki wprowadzone na rynek w ostatniej dekadzie, a wówczas pojawią się ich generyki, co wymusi spadek cen. Ponadto dostępne będą nowe leki stosowane w tych samych wskazaniach, co może spowodować, że wzrośnie liczba leczonych nimi pacjentów, a przede wszystkim będzie można zastąpić dotychczasowy lek innym w podobnej lub – bardzo często – niższej cenie – czytamy w raporcie.



**prof. Cezary Szczylik**  
Wojskowy Instytut Medyczny



foto: Wojciech Surdziel / Agencja Gazeta

Niestety, polska onkologia znajduje się na jednym z ostatnich miejsc w Europie, co jest efektem prowadzenia wyniszczającej polityki w tej dziedzinie. Onkologii brakuje skutecznego lobby, przede wszystkim w akademiach medycznych. Realizujemy projekt oparty na centrach onkologicznych, a nie – uczelniach medycznych, czego efektem jest to,

że mamy skromną kadrę wysoko wykwalifikowanych onkologów. Wystarczy porównać, że profesorów kardiologii jest ok. 200, zaś profesorów onkologii klinicznej – ok. 10. Wskutek nieobecności onkologii na uczelniach medycznych kiepsko uczymy jej studentów, nie poświęcając wystarczająco dużo uwagi problemom chorób nowotworowych. Kolejną wadą wydzielenia onkologii z uczelni medycznych to brak chętnych do pracy w onkologii. Trudno temu wszystkiemu zaradzić. Nawet jeśli dojdzie do poszerzenia zakresu nauczania onkologii, praca w centrach onkologicznych jest tak zorganizowana, że tamtejsi lekarze zwariują, jeśli dotoży się im jeszcze szkolenie studentów i młodych lekarzy.

Wielkim problemem w Polsce jest profilaktyka przeciwnowotworowa i wychwytywanie zmian nowotworowych we wczesnych stadiach. Wysyłamy tysiące zaproszeń, a już kilkadziesiąt lat temu w Europie przekonano się, że samo zapraszanie na badania przesiewowe nie sprawi, że pacjenci się na nie zgłoszą. Trzeba powiązać ubezpieczenie zdrowotne z obowiązkiem poddawania się tym badaniom,

W Polsce możemy jedynie pomarzyć o szwedzkich wydatkach. Autorzy raportu podkreślają, że jesteśmy w niewielkim gronie państw, w których wydatki na leki onkologiczne w przeliczeniu na mieszkańca są najniższe.

Niewielkie wydatki znajdują odzwierciedlenie w dostępności do nowych leków onkologicznych. Jest o co walczyć, co podkreślają szwedzcy naukowcy, podając wyniki analiz wskazujących korzyści odnoszone z poszczególnych farmakoterapii.

Antracyklina np. zmniejsza odsetek zgonów z powodu raka piersi prawie o 38 proc. wśród kobiet poniżej 50. roku życia i o 20 proc. u kobiet w wieku 50–69 lat. Dzięki stosowaniu herceptyny w grupie odpowiednio wyselekcjonowanych pacjentek, śmiertelność z powodu raka piersi zmalała do 33 proc. po 3 latach, a ryzyko wznowy spadło o 50 proc. Autorzy raportu podkreślają, że korzyści z nowych leków *mogą być zrealizowane tylko wtedy, kiedy nowe terapie staną się częścią rutynowej praktyki klinicznej i pacjenci będą mogli z nich korzystać*. Z tym zaś trudniej, szczególnie w Polsce, która – przypomnijmy – na leczenie onkologiczne przeznaczają 41 euro rocznie na mieszkańca.

bo tylko przymus ekonomiczny może zmienić postawy pacjentów.

I ostatnie, choć nie nieważne, to pieniądze. Narodowy Fundusz Zdrowia traktuje onkologię marginalnie – wyceny procedur onkologicznych są zaniżone i uwzględniają jedynie koszty leków! Wszystko to powoduje, że mamy do czynienia – nie waham się tego powiedzieć – z polityką niemal eksterminacyjną.

**prof. Jerzy Hołowiecki**  
Śląski Uniwersytet Medyczny



foto: Romek Kosowski / Fotorepa

Stan onkologii zależy od stanu całej ochrony zdrowia, a ta – jak wiemy, nie jest najlepsza. Na szczęście polska hematologia odnosi sukcesy, co jest dostrzegane na świecie. Odmiennie niż w innych krajach, w Polsce hematologia jest niejako wydzielona z onkologii i rozwija się przy ośrodkach akademickich. Jest to dziedzina, która cierpi na niedostatki finansowania, ma dostęp do podstawowych leków, z innymi jest trochę trudniej. W hematologii w ostatnich latach doszło do wprowadzenia przełomowych terapii. Leki te są w Polsce stosowane, ale pod wielkim nadzorem. Moi europejscy koledzy dziwią się, kiedy mówię, że nie można po prostu zlecić danego leku i dostarczyć go pacjentowi, że jest to długa, biurokratyczna procedura. W każdym kraju lekarz jest kontrolowany, jak i jakie leki stosuje, ale w żadnym nie odbywa się to ze szkodą dla pacjenta, jak to czasem dzieje się w Polsce.



Nic dziwnego więc, że niewielka jest w Polsce sprzedaż nowoczesnych leków onkologicznych. Do zestawienia tych danych naukowcy ze Szwecji posłużyli się informacjami zebranymi m.in. przez IMS Health. Pokazują one, że w latach 1998–2007 sprzedaż leków onkologicznych w Europie wzrosła z 4,3 do 26 euro *per capita*. Największy udział w tym wzroście mają leki wprowadzone przed 1999 r. (68 proc.).

Polska znajduje się w ogonie Europy, jeśli chodzi o stosowanie nowych leków. W Austrii w 2007 r. sprzedano niemal 20 tys. mg trastuzumabu na 100 tys. mieszkańców, na Węgrzech – ponad 10 tys. mg, a w Polsce ok. 3 tys. mg. Jeśli chodzi o docetak-

sel, wskaźnik sprzedaży (na 100 tys. mieszkańców) wynosił we Francji 10 tys. mg, w Belgii niemal 8 tys. mg, w Słowacji ponad 3 tys. mg, zaś w Czechach i w Polsce ok. 1000 mg.

Dane te pokazują olbrzymie dysproporcje w dostępie do nowoczesnych terapii i szczególnie złą sytuację w Polsce.

Na dostępność wpływają też bariery administracyjne. W raporcie zestawiono czas oczekiwania w poszczególnych krajach na wprowadzenie do szpitali i aptek leków zarejestrowanych od 1 stycznia 2003 r. do 31 grudnia 2006 r. Okazało się, że w Polsce od chwili rejestracji leku do momentu, gdy jest on do-



**dr hab. Rafał Niżankowski**  
*Collegium Medicum*  
Uniwersytetu Jagiellońskiego

Zasadniczą kwestią w polskiej onkologii jest fakt, iż trudno jest dokładniej zdiagnozować jej stan, choć niewątpliwie dobrze nie jest. Krajowy Rejestr Nowotworów zawiera jedynie dane o zapadalności i liczbie chorych. Nie wiemy jednak prawie nic o tym, jaka jest skutecz-

ność leczenia onkologicznego w Polsce! Nic zresztą dziwnego. Rejestr pozostaje w rękach onkologów. Jaki interes mieliby w ujawnianiu nieciekawych wyników swojej działalności? Wielkim problemem jest również to, że polska onkologia została *wyjęta* z uczelni, dzięki czemu onkolodzy nie mają wielkiej siły oddziaływania na środowisko lekarskie.

Kolejny olbrzymi problem to całkowity brak strategii postępowania w poszczególnych nowotworach: nie określono, które i w jakim stadium powinny być leczone we wszystkich szpitalach, a które w referencyjnych, posiadających odpowiednią kadrę i wyposażenie. Nie wiemy, kiedy na pewno lekarz rodzinny powinien wysunąć podejrzenie i gdzie powinno zostać zweryfikowane. Kto powinien ustalić ścieżkę leczniczą i gdzie w końcu chory powinien być leczony, gdy zakwalifikowany zostanie do ścieżki leczenia radykalnego, a gdzie, gdy wymaga leczenia paliatywnego lub objawowego. Każde województwo, dla każdego częściej występującego nowotworu powinno mieć swoistą, przejrzystą mapę ośrodków, podającą kierunki i wielkości przepływów pacjentów, wydolność placówek i przewidywane czasy oczekiwania na poszczególnych etapach. Sumaryczne zestawienia pozwoliłyby identyfikować to co najważniejsze, tj. wąskie gardła w tak zorganizowanej opiece, w które przede wszystkim należałoby inwestować dostępne środki. Tymczasem nie ma nawet najprostszego planu w tej dziedzinie. Niepewność, co zrobić z pacjentem, jest powszechna, a inwestycje kierowane są zgodnie z siłą nacisków różnych zainteresowanych lobby lekarskich, politycznych i firm. Marek Balicki kilka lat temu jako minister zdrowia doprowadził do uchwalenia

Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w formie ustawy. Niestety, wbrew ówczesnym zapowiedziom lobby onkologicznego nie bardzo widać, aby program ten poprawił przeżywalność chorych. Niemate pieniądze nie przyczyniły się, niestety, do stworzenia i realizacji spójnego, kompleksowego planu diagnozowania i leczenia choćby części z tych chorób. Dostępne dzięki programowi środki w większości służą do dość dowolnego wyposażania wybranych centrów onkologii, szpitali i oddziałów w aparaturę i sprzęt podnoszący głównie prestiż tych placówek. Wciąż nie ma też systemu stałej, systematycznej, niezależnej oceny wyników. Nie wiemy, które raki w których województwach leczone są lepiej, a w których gorzej. Tego nie wie nie tylko społeczeństwo, ale nawet onkolodzy! Wszelkie dotychczasowe, prasowe rankingi ośrodków leczenia nowotworów w istocie nie mówią nic o ich jakości – jedynie jak bardzo znane jest w środowisku nazwisko szefa tego czy innego oddziału lub kliniki, jaką cieszy się reputacją.

Do skutecznego leczenia chorób nowotworowych, jak rzadko których innych, potrzebne jest podejście systemowe. Jeśli ktoś łamie nogę – to trafia do ortopedy i z reguły po pewnym okresie wraca do zdrowia. Choroba nowotworowa to najczęściej schorzenie przewlekłe, postępujące, wiodące do zgonu, rozpoznawane na różnych etapach rozwoju. Leczone musi być bardzo różnie, przez wielu specjalistów, takich jak lekarze rodzinni, radiolodzy, chirurdzy, radioterapeuci, chemioterapeuci, interniści czy specjaliści medycyny paliatywnej i bólu. Ktoś ich współdziałanie powinien planować i czuwać, aby przebiegało szybko i harmonijnie. Wbrew powszechnemu mniemaniu uważam, iż rolę takiego koordynatora powinien pełnić ktoś, kto nie jest ani onkologiem, ani żadnym z wyżej wymienionych specjalistów, tak aby nie miał własnych lub grupowych interesów oraz nie był poddawany presji bliskich kolegów. Onkolodzy powinni dbać o standardy poszczególnych terapii, a nie o całościowe planowanie wszystkich potrzebnych działań i niezbędnej infrastruktury. Wysoka skuteczność opieki onkologicznej to jakość poszczególnych elementów oraz sprawna organizacja ich współdziałania. Sprawna organizacja to na pewno nie jest zadanie dla onkologa. Tymczasem dzisiaj króluje nie dbałość o optymalne efekty leczenia, ale o prestiż. Skutki są takie, że kiedy Ministerstwo Zdrowia zakupiło kilka PET-ów, nagle



fot. Seweryn Salijs / Fotorepa

czołowy polityk z regionu kieleckiego postanowił jedno z tych niezwykle drogiej urzędzeń zafundować Kielcom, nie dbając o rzeczywistą przydatności i optymalny dostęp do nich w całej Polsce. Nawiasem mówiąc, poniesiono ogromne nakłady na urządzenia, co do których brak jest do tej pory naukowych dowodów (ewidensów), że ich wykorzystywanie poprawia przeżywalność badanych nimi pacjentów.

**dr Krzysztof Kuszewski**  
Państwowy Zakład Higieny



fot. Piotr Kowalczyk / Fotorepa

Z naszą onkologią nie jest dramatycznie, ale nie jest też dobrze. Obecnie prowadzimy badanie, którego celem jest sprawdzenie, dlaczego w ciągu pierwszego roku od diagnozy w Polsce umiera zdecydowanie więcej pacjentów niż w Europie, a w następnych latach – mniej. Wyników tego badania jeszcze nie ma, ale można spróbować wytłumaczyć to zjawisko intuicyjnie. Być może pacjenci zbyt późno się zgłaszają, lekceważąc pierwsze objawy, a lekarze podstawowej opieki zdrowotnej zbyt długo leczą na przykład długotrwałą chrypkę syropami. Jeśli pacjent ma już podejrzenie choroby nowotworowej, to zbyt długo oczekuje na diagnozę u specjalisty, zbyt późno wykonuje się badania, zbyt długi jest czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala. Nie zapominajmy, że zgłaszalność na badania przesiewowe jest wciąż bardzo niska. To wszystko oznacza, że nie mamy opanowanych procedur szybkiego wychwytywania zmian nowotworowych. Pieniądzy na ochronę zdrowia ogólnie jest mało, ale też trzeba zdać sobie sprawę z realiów i na dobrą sprawę, dostęp do nowoczesnych leków w Polsce jest, i to blisko średniej europejskiej. Ale nawet najnowocześniejsze leki w pewnych stadiach choroby nowotworowej nie są skuteczne. Nasze społeczeństwo nie jest dostatecznie wyedukowane zdrowotnie.

„ Średnia europejska wydatków bezpośrednich na onkologię w 2007 r. to 148 euro na osobę, w Polsce – 41 euro „

stępny dla pacjenta, upływa średnio 214 dni, przy czym maksymalny czas oczekiwania to 731 dni (czyli ponad 2 lata!) Dłużej od nas czekają Słowacy odpowiednio 422 i 1308 dni. Najkrócej zaś Irlandczycy – 82 dni i 384 dni oraz Duńczycy – 74 dni i 1043 dni.

### Konkluzje na przyszłość

Autorzy raportu wskazują, że w latach 1995–2005 pojawiło się na rynku 25 nowych leków onkologicznych. Szacują, że w latach 2007–2012 zostanie zarejestrowanych kolejnych 50. Nie zmniejszą się koszty terapii onkologicznych; jedyne czego możemy się spodziewać to mniejsza dynamika ich wzrostu. Dlatego szwedzcy naukowcy postulują, by rządy i instytucje odpowiedzialne za opiekę zdrowotną zaczęły przewidywać trendy, a nie – jak do tej pory – reagować na zmiany. Ich zdaniem, w decyzjach rządów i instytucji odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną coraz większą rolę będą odgrywać agencje HTA. W związku ze zmianami organizacyjnymi stałą tendencją w Europie jest spadek liczby hospitalizacji z powodu nowotworów, przy czym zwiększa się – i będzie się zwiększać liczba pacjentów z rozpoznaniem nowotworu. ■