**Szczegółowa analiza wpływu pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej.**

prof. Piotr Rutkowski, prof. Magdalena Rosińska, Hubert Pawlik

Obszarami, które zostały najbardziej dotknięte skutkami epidemii SARS-Cov-2 w zakresie opieki onkologicznej są w kolejności profilaktyka (wykonane badania przesiewowe), rehabilitacja onkologiczna oraz diagnostyka w ogóle (nowe rozpoznania onkologiczne).

Wykonanie badań przesiewowych (kolonoskopia, mammografia, cytologia) zostało w praktyce zatrzymane w pierwszej i silnie ograniczone w drugiej fali epidemii w 2020 r. Miało to bezpośredni wpływ na liczbę rozpoznań nowotworów złośliwych w analizowanych okresach. Co ciekawsze, porównanie trendów pokazuje, że w przypadku kolonoskopii podobne załamanie miało miejsce również w 2019 roku i było związane z procesem podpisywania umów na realizację świadczeń, co ma miejsce raz na trzy lata. Od stycznia 2022 roku przesiewowa kolonoskopia ponownie nie jest w Polsce wykonywana, gdyż trwa przenoszenie finansowania tej procedury do koszyka gwarantowanych świadczeń NFZ i proces kontraktowania bez zapewnienia kryteriów jakościowych badań. Wskazuje to na konieczność usprawnienia procesu np. poprzez uproszczenie procedur administracyjnych w tym zakresie i zapewnienie ciągłości finansowania.

Odnotowano w zależności od konkretnego rozpoznania spadek w liczbie nowych rozpoznań nowotworów (mierzony liczbą pierwszorazowych kontaktów i pierwszorazowych hospitalizacji) rzędu 10% – 20% w 2020 roku w odniesieniu do 2019 r. Miało na to wpływ ograniczenie wydawania kart DiLO, zwłaszcza kart wydawanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i w szpitalach. W 2021 roku liczba nowych rozpoznań nowotworów mierzona liczbą pierwszorazowych kontaktów i konsyliów w ramach DiLO była rekordowa i uległa zwiększeniu o ponad 20% w stosunku do 2020 r. Warto podkreślić, że ograniczenia systemu podstawowej opieki w zakresie liczby wystawionych kart DiLO dotyczyły głównie początkowego okresu pandemii (marzec – maj 2020), a następnie liczba ta pozostawała na stabilnym poziomie. Najprawdopodobniej przyczyniła się do tego możliwość realizacji świadczeń, takich jak wystawienie karty DiLO poprzez teleporady. Teleporady wymagają jednak szczegółowego uregulowania, w celu właściwej realizacji diagnostyki przy podejrzeniach nowotworu, a także profilaktyki wtórnej. Z obserwacji pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej wynika, że dostęp do badań histopatologicznych i molekularnych był w 2020 r. utrudniony. Utrudnienia te pojawiały się zwłaszcza w ośrodkach pozaonkologicznych. W szczególny sposób utrudnienia dotyczyły nowotworów wątroby, w dużej mierze rozpoznawanych w ramach monitorowania chorych z przewlekłymi wirusowymi zapaleniami wątroby w oddziałach zakaźnych, zaangażowanych w okresie fal epidemii w 2020-2021 praktycznie całkowicie w leczenie COVID-19.

Utrudnienia diagnostyki prawdopodobnie spowodowały opóźnione rozpoznania nowotworów w bardziej zaawansowanych stopniach, co będzie wymagało dalszych analiz w kolejnych latach.

Utrudnienia w zakresie dostępności leczenia dotyczyły zwłaszcza nowotworów leczonych poza wielospecjalistycznymi ośrodkami onkologicznymi, w tym raka płuca (oddziały pulmonologiczne zostały zmienione w oddziały COVID) czy nowotworów układu pokarmowego ze względu na to, że część jest leczona poza ośrodkami onkologicznymi. Należy także podkreślić, że pandemia miała również wpływ na specjalistyczne ośrodki onkologiczne, które wdrażały zmiany organizacyjne w celu ograniczenia ryzyka zakażenia SARS-CoV-2. Koszty opieki zdrowotnej w szpitalach onkologicznych uległy istotnemu zwiększeniu podczas pandemii w związku z kosztami, m.in środków ochrony osobistej i testów w kierunku SARS-CoV-2. Szpitale onkologiczne wzięły również odpowiedzialność za szczepienia przeciw COVID-19 osób z gr. 0 oraz 1b.

W grupie pacjentów onkologicznych przyrost zgonów podczas fal epidemicznych był podobny do obserwowanego dla ogółu populacji Śmiertelność COVID-19 u pacjentów nowotworowych jest wyższa od oczekiwanej na podstawie rozkładu wieku, ale tylko w niektórych nowotworach (przede wszystkim w raku płuca, trzustki, wątroby, w nowotworach hematologicznych). W większości nowotworów, np. w przypadku raka piersi, gruczołu krokowego, jelita grubego i czerniaka wpływu tego nie widać. Nadmiarowe zgony należy więc raczej rozpatrywać, jako bezpośrednie następstwo pandemii, nie związane konkretnie z nowotworami.

Zapadalność na COVID-19 jest wyższa w porównaniu w populacją ogólną wśród pacjentów z rozpoznaniem nowotworowym w młodszych grupach wieku, zwłaszcza u pacjentów, u których ostatnie świadczenie z kodem CXX miało miejsce w ciągu 2020 – 2021 (w przybliżeniu grupa obecnie leczona). Różnice są jednak niewielkie i prawdopodobnie związane z częstszym testowaniem pacjentów onkologicznych w kierunku COVID-19, co ma zwłaszcza wpływ na rozpoznanie zakażenia u osób młodych z bezobjawowym lub skąpoobjawowym przebiegiem. Nawet jednak jeśli potraktować je jako różnice w zapadalności, to dane nie wskazują na masowe zarażanie się pacjentów podczas opieki onkologicznej.

Opracowano metodykę i narzędzia dla Ministerstwa Zdrowia, które na podstawie dostępnych danych NFZ umożliwiają stałe monitorowanie zmian w onkologii w Polsce w czasie rzeczywistym.