

中国癌症防治行动计划现场调研报告

Spot Investigation Report of Action Plan for Cancer Prevention and Control in China
Investigation Group of Action Plan for Cancer Prevention and Control in China

中国癌症防治行动计划调研组

摘要:为进一步了解目前我国癌症防治现状,国家癌症中心组织部分专家先后赴河南、辽宁两省对当地癌症防治相关情况进行综合调研,调查显示癌症负担日益加剧,防治体系亟待完善;专科建设快速发展,科技支撑促进癌症防治;常规开展癌情监测,数据质量亟待提高;癌症早诊早治措施可行,加强技术培训很有必要;诊治与随访信息不全,规范管理尚需加强。省级、市级、县级的肿瘤防治工作均需进一步加大投入力度,加强对肿瘤患者的随访与管理,改善病人生活质量,提高生存率。

关键词:肿瘤;防治体系;调研报告

中图分类号:R730.1 **文献标识码:**A **文章编号:**1004-0242(2012)09-0641-03

为进一步了解目前我国癌症防治现状、需求和存在问题,更好地落实和推动“十二·五”期间癌症防治工作,卫生部疾病预防控制局委托国家癌症中心组织部分专家,于2012年5月15~18日和22~25日先后赴河南、辽宁两省对当地癌症防治相关情况进行综合调研,重点了解各级癌症防治机构设置与人员现状、防治工作开展实施情况、存在问题和挑战,以及各级癌症防治部门对今后工作的意见和建议,为制订“中国癌症防治行动计划”提供依据。

1 癌症负担日益加剧 防治体系亟待完善

20世纪70年代,河南省癌症死亡率为79.46/10万,占全死因的11.95%,2005~2009年死亡率上升到116.74/10万,占全死因的22.76%。食管癌、胃癌和肝癌的发病率和死亡率总体水平较高,肺癌、肝癌和乳腺癌的发病率和死亡率呈明显上升趋势。辽宁省的癌症负担也日趋严重,其中肺癌、结直肠癌、乳腺癌、肾癌等发病率上升显著。据估计,河南和辽宁两省因癌症造成的直接和间接经济负担总量为5亿

元和100亿元。癌症不仅严重威胁当地居民的健康,对社会经济的发展带来巨大阻碍。

目前,河南省有13个(72%)地级市建立了癌症防治机构,防治经费主要来自中央财政(占86.7%)和省级财政(占13.3%)。辽宁省14个地级市和44个县级辖区均建立了癌症防治机构,癌症防治经费主要来自中央财政(占78.3%)和省级财政(占21.7%)。

在未来5年中,癌症的负担将持续增加,成为我国医疗卫生和社会发展面临的严峻挑战。建立、健全和完善我国癌症防治组织机构与管理体系是一项非常迫切的重要措施。

河南、辽宁两省的癌症防治机构在全国各省区配置上属于比较健全的,但工作经费尤其是省内经费严重不足。因此,对癌症防治工作的投入亟待加强。

2 专科建设快速发展 科技支撑促进癌症防治

河南省从20世纪80年代开始突出以肿瘤为重点的综合专科医院建设,全省目前建立了各类肿瘤专业机构23个,包括研究所10个(省级1个、市级

收稿日期:2012-06-13

通讯作者:陈万青,E-mail:chenwq@cicams.ac.cn

7个、县级2个),肿瘤医院13个(省级1个、市级9个、县级3个)。有些综合医院设立了肿瘤专科或肿瘤门诊,中医院、厂矿医院等也积极开展肿瘤防治工作,全省肿瘤防治组织网络系统正在逐步建立和完善。

依靠科技支撑,河南省在食管癌前病变、霉菌病因、肿瘤组织间加温治疗、电化学治疗、介入治疗、生物疗法上取得较大进展,在肿瘤防治研究方面积累了许多宝贵经验。近5年来,河南省认真贯彻执行国家癌症早诊早治计划,分别在太行山区、伏牛山区和淮河流域13个市县开展食管癌/贲门癌、肝癌、乳腺癌、宫颈癌等常见肿瘤筛查和早诊早治工作。在城市中,以社区、家庭为服务对象,积极开展包括癌症在内的常见病预防、诊治和康复的宣传活动。

3 七个方面相结合 目标管理共推进

辽宁省在癌症防治工作中总结出七个相结合的经验,即完善机构与建立慢病防治体系、健康教育与普及防治知识、开展乳腺癌筛查与寻求肿瘤二级预防模式、诊治规范培训与提高专业技术水平、实施目标管理与推动肿瘤防治工作、科研立项与落实肿瘤防治任务、开展调查研究与制定工作措施均有机结合。采用分级办法,辽宁省建立了癌症综合防治工作目标管理制度和考核体系,将全省收治肿瘤患者的医疗机构分为三类:A类(挂肿瘤牌匾的综合医院和省肿瘤医院)、B类(设肿瘤科的综合医院)和C类(收治肿瘤患者但未设肿瘤科的综合医院),引入分类指导和分级管理模式。通过调查,动态掌握辽宁省内肿瘤患者就诊医院的分布、患者数量和早期癌比例、肿瘤诊治规范比例、单病种住院平均费用、临床专业技术人员结构以及承担科研项目的具体情况。同时,明确提出“A类医院应提高高端技术水平,B类医院应提高诊断与综合治疗水平,C类医院应重视诊治规范的培训”的管理思路,每年对全省肿瘤防治工作实行综合量化考核,抓机构建设,提高队伍素质;建立专家库,促进工作开展;多渠道筹资,不断提高工作经费;抓现况调查,掌握医疗趋向。

辽宁省14个市肿瘤防治办公室的组织健全,人员比较稳定,挂靠在当地疾病预防控制中心或医疗单位。

4 常规开展癌情监测 数据质量亟待提高

河南省癌情监测工作始于1978年在林州(原林县)和禹州开展居民全死因登记报告试点,目前河南省已在19个市常规开展工作,覆盖1668万人(占全省人口16.7%)。肿瘤登记涵盖15个市县,覆盖1388万人(占全省人口13.9%)。河南省有15个县区常规公布居民病伤死因统计数据,17个县区上报肿瘤登记数据。

辽宁省于1984年要求全省开展肿瘤登记工作,目前14个市均开展,6个市的资料可用,4个市(沈阳、大连、鞍山、本溪)的数据进入全国肿瘤登记中心数据库;有5个县上报肿瘤数据库,但质量较差。肿瘤登记覆盖人口约520万人(占全省人口12.0%)。开展死因监测工作的有11个县区,覆盖652万人(占全省人口15.0%)。其中7个城市和10个县级死因监测点数据质量可靠。由于条块分割和投入不足,辽宁省肿瘤发病监测和诊疗绩效动态评价体系尚未建立,导致肿瘤防治处于宏观情况不明、微观绩效不清的混沌局面。辽宁省医院电子病案系统、医保和新农合信息系统正在迅速发展,但海量肿瘤信息并没有得到有效地整合利用,农村信息缺乏,质量低下。对此,辽宁省提出开展城乡居民肿瘤发病监测与诊疗绩效综合评价研究,依托现有城乡肿瘤报告和死亡报告系统,建立覆盖全省20%人口的肿瘤发病宏观监测系统,动态评价各类肿瘤发病率和死亡率的变化;利用和整合全省各类医院的肿瘤患者电子病案信息、医保和新农合的肿瘤患者诊疗与报销信息,建立各类医院有关不同癌种的诊断方法、诊疗方式、诊疗费用、治疗效果的中观监测与评估体系;选择10~20种主要肿瘤,建立2~3万例新发肿瘤患者的前瞻性队列,动态评估疾病期别、病理类型、治疗方式等对生存期、生存质量和经济负担的影响,开展卫生经济学评价,建立微观监测与评估体系。

5 癌症早诊早治措施可行, 加强技术培训很有必要

河南省洛阳市偃师县是2009年纳入中央转移

支付项目的食管癌早诊早治点,河南省周口市郸城县是2010年纳入淮河流域癌症早诊早治项目的肝癌项目点,辽宁省丹东市东港市是国家乳腺癌筛查项目点,辽宁省大连市庄河市是国家胃癌筛查项目点。癌症早诊早治项目的实施均得到当地各级卫生行政主管的支持和医疗卫生人员的积极参与,均按时按量完成任务。但是,筛查效率尚不理想。如有的癌种的检出率偏低(乳腺癌检出率为0.06%)、早期癌患者比例偏低(食管癌早诊率为10.0%),与期望值相距甚远。基层专业人员对癌症发生发展各阶段的认识不足,基础数据的质量与信息分析的水平有待提高。

6 诊治与随访信息不全,规范管理尚需加强

在辽宁省的调研发现,虽然省市级肿瘤专科医院中肿瘤病例的出入院诊断符合率分别为99.99%和98.2%,但肿瘤病例的随访率仅为71%和65%,均不达3/4。省级和市级医疗机构实行癌症规范化治疗的比例分别为69.02%和60.23%。

河南省肿瘤临床诊治与管理的信息严重空缺,包括省级综合医院肿瘤病例的比例、肿瘤病例随访率、省级和市级医疗机构实行癌症规范化诊治的比例等重要信息不明。

7 问题与不足

调查发现,河南、辽宁两省各级肿瘤防治组织机构亟待完善充实,肿瘤高发现场及农村肿瘤防治工作重视程度不够,重治疗轻预防意识比较普遍,健康教育及健康促进需要加强,省级、市级、县级的肿瘤防治工作均需要进一步加大投入力度给予支持。

新建肿瘤登记点的数据完整性和准确性存在比较严重的问题,需要对人员进一步加强培训。乡村医生承担任务多,工作量大,业务水平有待提高。医院临床信息尚未在公共卫生领域中得到充分有效和及时的利用。

8 今后工作的建议

(1) 完善健全省肿瘤防治领导小组和肿瘤防治

研究办公室,筹备省级癌症中心。

(2) 继续做好生命统计和肿瘤登记监测,用3~5年将肿瘤发病登记覆盖人口扩大到总人口1/4。加强质量控制和科学管理,多途径收集肿瘤监测信息,加强与社会保障部沟通,利用城合、农合等医保数据补充肿瘤登记信息。加强网络信息化管理,降低漏报率,提高准确率。开展以医院为基础的肿瘤登记报告系统。加大考核力度和采取必要奖惩机制,提高各医疗机构对肿瘤监测工作的支持和配合度。

(3) 积极开展防癌健康教育和健康促进活动,提高居民对肿瘤的认识,形成健康的行为方式,提高肿瘤I级预防效果。

(4) 加大对国家级项目的配套经费支持,推行食管癌/贲门癌普查和早诊早治,开展宫颈癌、乳腺癌等高危人群普查和早诊早治。继续加强农村肿瘤防治,重点支持太行山区、伏牛山区食管癌胃癌早诊早治和淮河流域肿瘤综合防治工作等已经立项并正在实施的国家癌症防治项目。加强项目管理、标本收集以及质量控制,优化目标人群和筛查人群的选择,提高自愿参与率。提升专业技术人员的业务能力,提高检出率、早诊率和早治率。

(5) 开展癌症筛查地区应具备高发病率、各级政府支持、工作积极性高、技术承担单位具备设备、人员及管理能力和适宜条件,技术人员应实行准入制。规范管理筛查的目标人群,避免目前食管癌/贲门癌筛查项目中女性比例显著偏高的现象。充分发挥各部门职责,加强卫生行政部门的协调,在各早诊早治项目点均开展肿瘤监测,提高数据质量,减少漏报。

(6) 加强对肿瘤患者的随访与管理,改善病人生活质量,帮助病人正确认识疾病,树立战胜疾病的信心,提高5年生存率。

(7) 各级肿瘤防治部门应根据国家精神制定本省的行动计划,在未来三年里,加大肿瘤防治力度,真正造福于百姓。

(2012年6月5日)

行动计划调研组:

卫生部疾病预防控制局 吴良有、李振红、周奕清

国家癌症中心 陈万青、邹小农、张思维

四川省肿瘤防办 王安荣

河北医科大学第四医院 贺宇彤