

近期，美国临床肿瘤学会（ASCO）发布《2015年美国癌症治疗现状》（The State of Cancer Care in America: 2015）报告指出，美国癌症治疗面临着非同寻常的变革和机遇，同时需应对巨大的挑战。（J Oncol Pract. 2015,11:79）



The State of
Cancer Care
in America™

2015

2015年美国癌症治疗报告发布

癌症治疗：积跬步以行千里

▲华中科技大学同济医学院附属同济医院肿瘤中心 程熠

科技进步、医保政策变化、医疗费用高涨及其应对政策、肿瘤实践改变、人口结构的变化，种种因素共同发力，正在改变着肿瘤治疗的方方面面。

ASCO 主席 Peter P. Yu 指出：“今年的报告阐述了癌症治疗系统面临的诸多压力，但我们有理由去积极应对。有了这方面的知识和洞察力，我们可找出办法，以确保所有癌症患者获得高质量的治疗，帮助肿瘤医学临床实践与当前日益提高的医疗要求相适应，并取得成功。”

癌症治疗的关键进展

新的药物和技术增多 相比以往，如今癌症治疗拥有更多医疗设备和疗法。去年美国 FDA 批准了 10 个新疗法，增加了 170 多个已在使用中药物的适应证，以及 4 个新的医疗设备和测试。

生存率提升、生存者增加 报告指出，1975 年癌症患者确诊后的 5 年生存率为 49%，而现在已有超过 2/3 的患者（68.5%）达到这一目标，进展显著，这导致癌症生存者数目上升。目前有 1450 万美国人被诊断为癌症患者，他们需要随访监测晚期并发症或治疗相关不良反应，以及将来接受癌症筛查。

报告的主要作者、美国圣约瑟夫慈善医院 Philip Stella 指出，“我们看到，已有转移的癌症患者能在免疫治疗和靶向治疗的帮助下生存 4~5 年，这在以前是做梦也没想到的。新疗法也以前所未有的速度被开发，如雨后春笋般出现。”

挑战：突破传统的桎梏

癌症高品质治疗面临着越来越多的挑战：肿瘤学科劳动力的问题、执业环境的发展趋势和科研经费的减少。

众议员 Andy Harris 指出：“美国仍然是世界范

围内生物医学研究领域的领导者。我们将成为治愈癌症的驱动力，我坚信这一点。”他还指出，“我们需要对美国国立卫生研究院进行改革，以改善和优化这一体系。除资金问

题外，我们还要让那些有想法并能付诸行动的年轻研究人员积极参与进来。我们必须辨别出那些对科学真正感兴趣的、有远见的年轻人，给他们平台和资金，让他们摆脱传统思

维的桎梏。我坚信在我的有生之年，我们能获得许多创新性方法，治愈许多种类的癌症。”

在报告中，ASCO 确定了几项威胁肿瘤学科发展的紧迫问题。

癌症治疗需求迅速增长

ASCO 指出，癌症病率发不断攀升。由于人口老龄化和肥胖率急剧上升等诸多因素，2030 年癌症

发病率预期将戏剧性地升高 45%。这又会对医疗保健系统提出癌症诊治以及治疗后服务的巨大需求。

肿瘤科医生相对短缺、老龄化

尽管目前肿瘤科医生数量稳定，但很快或不能满足日益增长的服务需求。值得关注的是，越来越多的肿瘤科医生（近 20%）年龄已不少于 64 岁，即将退休，这种趋势可能远远超过了进入该领域的年轻医生的数量（图 1）。一位成熟的肿瘤科医生需要接受至少 10 年的医疗

培训。这些数据表明，新入行的医生数量不足以补充退休的老专家数量。

肿瘤科医生常常受到职业倦怠情绪的困扰。多达 1/3 的肿瘤学年轻从业人员经历过专业上的倦怠，不希望保持与资深同事相同的工作时间，这会导致应诊数量的降低。报告指出，如果不解决这个

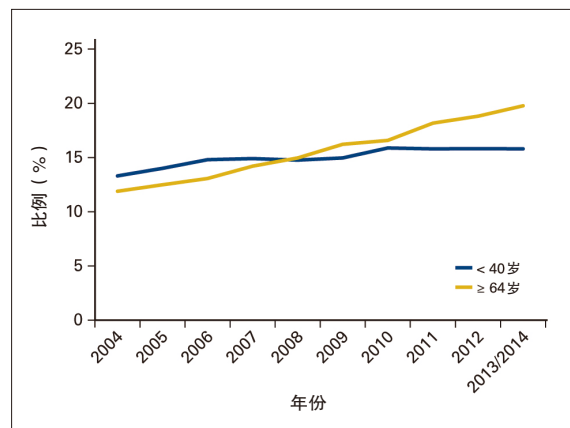


图 1 不同年龄段血液科/肿瘤科医生的比例

问题，会对医生产生负面影响：或是肿瘤科医生选择减少其患者数量，或是提前退休。

美国印第安纳州

Michiana 血液学/肿瘤学家 Robin Zon 指出，近 50% 的肿瘤科医生正经历倦怠，但其中 80% 的人会继续做肿瘤科医生。

临床实践历经剧烈波动

ASCO 指出，肿瘤学临床实践继续经历着剧烈波动，包括经济限制不断增加、竞争日趋激烈、行政负担（包括保险问题）增加以及成本控制计划的扩大。

对于肿瘤科医生而言，特别是那些社区医疗卫生机构从业者，所面临的另一个变化是不断丧失其独立性。明年，可能有 1/4 的社区肿瘤医疗卫

生机构成为医院的附属机构。

金融动荡和支付模式改变也都在破坏社区肿瘤医疗卫生机构。报告指出，去年，无论是私人诊所还是医院，包括不断攀升的药品价格和支付压力都是从业者最为关切的内容。大多数的从业者（72%）报告，继续在有偿服务支付系统工作。其他支付模式（包括按人头均摊和捆

绑支付）也都在上升。约 1/3（36%）从业者报告说，他们正在实施或考虑实施改革；30% 正在考虑采取强调医疗协调的回家保健计划。

Zon 指出，许多小诊所（1~5 个医生）处境十分困难。“特别是在南方地区，这些小诊所是主心骨，负责对超过 1/3 的新患者进行诊疗。这些诊所正在等待出售或已经倒

闭，所遗留下的空白无人填补。”她表示。

据说，有些医生会背上经济负担继续执业。“有一对医生夫妇进行二次抵押贷款，以支付从业所需药物。”她补充表示，她知道一些医生已经一年多没拿到工资了。

“我担心这可能会变得更糟，他们这样维持多久？他们应该这样做多久？”Zon 指出。

癌症治疗可及性显著不均衡

在不同种族人群中，肿瘤综合治疗包括筛查的可及性存在差异。例如，与美国白人相比，非洲裔美国人的癌症患病风险增

加 2.5%，癌症死亡风险增加 19.6%。

治疗可及性也存在城乡差异。约 6000 万美国人生活在农村，其获取高

品质癌症治疗方面或存在问题。报告指出，10% 的医生在农村地区行医，但只有 4.8% 的新医生选择在非城市地区行医。目前

只有 633 名肿瘤学家和血液学家（5.5%）在农村行医，而近 3/4 农村肿瘤医疗卫生机构（73.3%）在当地是独一无二的。

对未来的建议

ASCO 建议，立即废止可持续增长率（SGR）公式，用可持续发展结构取而代之，以刺激癌症高水平治疗服务的提供。ASCO 首席医疗官 Richard Schilsky 指出，社会亟需提高医疗记录的互操作性，并提供资源以确保医疗机构能够追踪和报道高水平措施。肿瘤学专业人士也需阐明任何计划都必须包括在内的基本服务，从而实现高品质、高价值的服务。

另一个建议是，停止对科研经费的侵蚀，使美国国立卫生研究院和美国国家癌症研究所的预算分别至少增加 320 亿和 53.2 亿美元，以支持癌症治疗的持续发展和突破。“预算中很大一部分是启动新研究或临床试验，从中常可获得小的进步。正是许多这样的小进步，才能最终转化为癌症诊疗和生存的巨大发展。”Schilsky 表示，“不过，我们认为是时候来提高标准、设计更好的临床试验，来争取更好的收益。”

其他建议：（1）医疗保险和医疗补助服务中心（CMS）应规范整个医疗保险和医疗补助的收益和其他指标，消除《美国平价医疗法案》实施前后医疗补助覆盖范围的不一致。Schilsky 强调，医疗补助应覆盖临床试验。（2）肿瘤学专业人士应参与测试和评估新的支付和卫生保健服务提供模式，开发提供医疗服务的问责手段。（3）私营保险公司应与 CMS、患者和供应商合作，通过测试新的、有前景的支付和卫生保健服务，来确定替代政策对整个癌症医疗提供模式的影响。（4）CMS 应努力扩大替代支付模式的试点范围，超出其癌症诊疗模式，找出创新性策略，使医疗卫生机构能以更灵活、更经济的方式提供高品质、高价值的服务。