



**RAPORT:
BEZPIECZEŃSTWO
PACJENTA
ONKOLOGICZNEGO:
PROFILAKTYKA,
DIAGNOSTYKA,
TERAPIE, CZAS
ODCHODZENIA**

Medyczna Racja Stanu jest think tankiem powstałym z inicjatywy: Instytutu Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Polskiej Unii Onkologii, Kolegium Lekarzy Rodzinnych

w Polsce i Green Communication, celem łączenia opiniotwórczych osób, środowisk i instytucji wokół wyzwań związanych z kondycją zdrowotną Polaków i wypracowywania zgody politycznej na niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia.



ISBN 978-83-958532-2-7

Warszawa, 7 grudnia 2020 r.

Raport pt. Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego: profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia, Medyczna Racja Stanu. Warszawa, Grudzień 2020 r. ISBN 978-83-958532-2-7

Redakcja naukowa: Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

1. Prof. Mariusz Bidziński, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej NIO-PIB w Warszawie
2. Marzanna Bieńkowska, Za-ca Dyrektora Departamentu Dialogu Społecznego i Komunikacji
Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
3. Prof. Paweł Blecharz, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej w NIO Oddział w Krakowie
4. Dr Leszek Borkowski, Fundacja Razem w Chorobie
5. Prof. Marcin Czech, Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego
6. Ksiądz Władysław Duda, Dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej
7. Prof. Krzysztof Giannopoulos, Prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji,
Kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie, Kierownik Oddziału
Hematologicznego Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej
8. Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia
9. Prof. Paweł Kowal, Poseł RP
10. Prof. Dariusz M. Kowalski, Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej NIO-PIB w
Warszawie
11. Prof. Maciej Krzakowski, Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii Klinicznej, Kierownik
Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej NIO-PIB w Warszawie
12. Dr Tomasz Latos, Poseł RP. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
13. Prof. Adam Maciejczyk, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Dyrektor
Dolnośląskiego Centrum Onkologii
14. Prof. Ewa Lech-Marańda, Konsultant Krajowy w dziedzinie Hematologii, Dyrektor Instytutu
Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie
15. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, NIO-PIB w Warszawie
16. Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego oraz
Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
17. Maciej Miłkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
18. Marta Pawłowska, Dyrektor Biura Profilaktyki Zdrowotnej NFZ
19. Prof. Jarosław Reguła, Konsultant Krajowy w dziedzinie Gastroenterologii, Kierownik Kliniki
Gastroenterologii Onkologicznej NIO-PIB w Warszawie
20. Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia
21. Dr Michał Sutkowski, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
22. Dr Roman Topór-Mądry, Prezes AOTMiT
23. Dr Bernard Waśko, Zastępca Prezesa NFZ ds. Medycznych
24. Prof. Piotr Wysocki, Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii Collegium Medicum Uniwersytetu
Jagiellońskiego w Krakowie, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej
25. Dr hab. med. Jakub Żołnierak, Polska Grupa Raka Nerki, NIO-PIB w Warszawie.

Organizacja Debaty i koordynacja ze strony Medycznej Racji Stanu: Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska.

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego: profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia, Medyczna Racja Stanu. Warszawa, Grudzień 2020 r.*

Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu.....	3
2. Wprowadzenie do debaty pt. „Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego: profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia”- Anna Jasińska, Rzecznik Medycznej Racji Stanu	8
3. Stanowiska ekspertów przedstawione w trakcie debaty	10
Prof. Maciej Krzakowski, Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii Klinicznej, Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej NIO-PIB w Warszawie	10
Prof. Ewa Lech-Marańda, Konsultant Krajowy w dziedzinie Hematologii, Dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.....	11
Prof. Piotr Wysocki, Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej.....	12
Minister Maciej Miłkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	13
Prof. Jarosław Reguła, Konsultant Krajowy w dziedzinie Gastroenterologii, Kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej NIO-PIB w Warszawie	16
Prof. Dariusz M. Kowalski, Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej NIO-PIB w Warszawie ...	16
Prof. Mariusz Bidziński, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej NIO-PIB w Warszawie	17
Prof. Paweł Blecharz, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej w NIO Oddział w Krakowie	18
Dr hab. med. Jakub Żołnierek, Polska Grupa Raka Nerki, NIO-PIB w Warszawie	18
Prof. Krzysztof Giannopoulos, Prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji, Kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie, Kierownik Oddziału Hematologicznego Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej.....	19
Dr Bernard Waśko, Zastępca Prezesa NFZ ds. Medycznych.....	20
Marta Pawłowska, Dyrektor Biura Profilaktyki Zdrowotnej NFZ.....	21
Dr Tomasz Latos, Poseł RP. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia.....	22
Marzanna Bieńkowska, Zastępca Dyrektora Departamentu Dialogu Społecznego i Komunikacji, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta	22
Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich	23
Dr Leszek Borkowski, Fundacja Razem w Chorobie	24
Prof. Marcin Czech, Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego	25
Dr Michał Sutkowski, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.....	26
Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP	27

Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii.....	28
Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia	29
4. Wnioski i rekomendacje	29
5. Materiały przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu wybranych wyzwań terapii guzów litych i nowotworów krwi w Polsce	32
Rak płuca	32
Rak nerki	34
Rak jajnika.....	34
Rak wątroby.....	35
Szpiczak plazmocytowy	36
Przewlekła białaczka limfocytowa	38
Chłoniaki rozlane z dużych komórek B (DLBCL).....	39
6. Rada Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu	40
7. Tezy dla Zdrowia.....	41
8. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem.....	45

1. Medyczna Racja Stanu

Medyczna Racja Stanu (MRS) jest *think tankiem* powstałym w 2016 r. z inicjatywy: Instytutu Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Polskiej Unii Onkologii, Kolegium Lekarzy Rodzinnych i Green Communication celem łączenia opiniotwórczych osób, środowisk i instytucji wokół wyzwań związanych z kondycją zdrowotną Polaków i wypracowywania zgody politycznej na niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia. Honorowym patronem MRS jest Ks. Kardynał Kazimierz Nycz.

Prof. Paweł Kowal, Profesor ISP PAN, polityk i politolog, historyk i publicysta

Jako współtwórca Medycznej Racji Stanu bardzo cieszę się z faktu, że ochrona zdrowia stała się jednym z głównych tematów kampanii politycznej, dlatego że w demokratycznych społeczeństwach to jest najlepszy sposób, żeby załatwić jakąś sprawę. Bo niezależnie od wyniku wyborów ochrona zdrowia musi skoncentrować na sobie uwagę szerszych grup społecznych, a także polityków. To jest najważniejsze, bo na końcu, to właśnie politycy decydują. O to nam chodziło, by zainteresować polityków i to wszystkich partii. Zrozumiałem, że jeżeli tym tematem będą zajmowali się tylko eksperci od ochrony zdrowia, lekarze, nawet menadżerowie ochrony zdrowia, to zawsze temat ten będzie pozostawał w zamkniętym kręgu, ważnym, ale jednak zamkniętym kręgu specjalistów, i że trzeba rozmawiać o tym inaczej, prostszym językiem, zrozumiałem dla ludzi, którzy na co dzień nie zajmują się ochroną zdrowia, nie leczą, nie kierują szpitalami, ale



którym zależy, bo widzą, że jest to najważniejszy program społeczny. I moim zdaniem, jedynym sposobem, by rozwiązać nabrzmiały problem społeczny, jest otwarcie go na inne środowiska, tak żeby zainteresować nim osoby, którym wcześniej nawet do głowy nie przyszłoby zajmować się tematem zdrowia publicznego.

Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Przewodniczący Komisji Bioetycznej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie

Będąc współzałożycielem Medycznej Racji Stanu mam marzenie, aby zdrowie zakotwiczyło się na stałe w polskiej polityce, bo jest jedną z najważniejszych spraw dla Polaków. Regulamin Sejmu powinien zawierać zapis o corocznym exposé Premiera, które będzie poświęcone kwestii szeroko pojętej polityki społecznej. Mogłoby być wygłaszane w Światowym Dniu Chorego - 11 lutego i mogłoby się odnosić, także do aktualnych wyzwań zdrowotnych. Ideą Medycznej Racji Stanu jest rozpoczęcie debaty publicznej o ochronie zdrowia.

Debata prowadzącej m.in. do tego, aby polski pacjent miał dostęp do takiego leczenia, jak inni pacjenci w Unii Europejskiej. Miejmy nadzieję, że "Tezy dla Zdrowia" wypracowane przez Medyczną Rację Stanu oraz cykliczne debaty przy okrągłym stole będą wsparciem dla racjonalnej reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce.



Dr Michał Sutkowski, Rzecznik Prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

Współtworząc ideę i tezy Medycznej Racji Stanu pragnę, aby dzięki konstruktywnej debacie pomiędzy wszystkimi interesariuszami systemowymi sformułować długoletnią wizję polityki zdrowotnej dla Polski. Z punktu widzenia poczucia misji i postawy obywatelskiej wydaje się zasadne, żeby odpowiedzialność państwa w zakresie ochrony zdrowia obywateli była większa. W Polsce wciąż dominuje medycyna naprawcza i nie ma dobrych programów profilaktycznych, co ma również wpływ na usytuowanie lekarza rodzinnego w systemie. Pacjenci w pierwszej kolejności zwracają się właśnie do lekarzy rodzinnych, bo do nich mają największe zaufanie, od nich czerpią wiedzę i informacje na temat własnego zdrowia - to najłatwiejszy i najlepszy kontakt ze służbą zdrowia.



Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Jako inicjator działalności Medycznej Racji Stanu chciałbym, aby wspólnie zdefiniować optymalny kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ochrona zdrowia powinna stanowić taki obszar, którego konieczności rozwoju się nie kwestionuje, bo jest on kluczowy dla każdego obywatela. W tym ujęciu staje się racją stanu, mającą charakter ponadpartyjny, ponad środowiskowy i w jakimś sensie ponadczasowy.

Gdybyśmy uznali, że zdrowie ma swoją rację stanu, wówczas zmieniające się ekipy rządowe, bez względu na swoją jakość kompetencyjną czy intelektualną, realizowałyby długofalowy plan rozwoju ochrony zdrowia. Inwestycje w tym obszarze muszą być najwyższej jakości i mieć charakter długofalowy. Na początku tego wieku koncentrowano się na tych dziedzinach medycyny, których reforma przynosi szybko zauważalne zmiany — kardiologia inwazyjna, medycyna ratunkowa.



Teraz zaś największym wyzwaniem są choroby przewlekłe, cywilizacyjne, a w ich przypadku horyzont działań i strategii musi znacznie przekraczać cztery lata jednej kadencji parlamentarnej. Nie jest możliwe prowadzenie spójnej i racjonalnej polityki w tym zakresie bez zgody na to, co najważniejsze, czyli właśnie bez podejścia rozumianego jako racja stanu. Mówiąc o medycznej racji stanu, mamy na myśli określenie bardzo konkretnych obszarów, które w przewidywalnej przyszłości, na najbliższe 20-30 lat, będą zawsze rozwijane przez kolejne rządy, bez względu na ich barwy polityczne. W 2019 r. powołane zostały przy Medycznej Racji Stanu: Rada Ekspertów ds. Chorób Rzadkich oraz Rada Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości. W 2020 r. ukonstytuowała się Rada Ekspertów ds. Onkologii oraz Rada Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych. W latach 2016-2020 Medyczna Racja Stanu zorganizowała debaty, których celem było stworzenie platformy dialogu „przy okrągłym stole”, zaproponowanie rozwiązań oraz zainicjowanie konkretnych działań w przestrzeni polityki zdrowotnej w Polsce:

5 grudnia 2016 r. – „Zdrowie i Bezpieczeństwo Narodowe” – tak jak niebezpieczeństwa zewnętrzne wymagają czujności i gotowości do działania, tak choroby cywilizacyjne wymagają skutecznych działań systemowych prowadzących do ograniczenia zgonów i inwalidztwa Polaków.



29 czerwca 2018 r. – „Tezy dla Zdrowia” – prezentacja wypracowanych przez Radę Ekspertów propozycji pilnych rozwiązań systemowych.

17 kwietnia 2019 r. „Zdrowie – Kapitał Narodu” – potrzeba traktowania nakładów na zdrowie jako inwestycji, a nie tylko wydatków, szczególnie w odniesieniu do chorób przewlekłych.



10 października 2019 r. – „Czas w Onkologii” – apel o świadomość ryzyka nowotworu każdego z obywateli, czujność onkologiczną lekarzy pierwszego kontaktu, szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki i optymalnych metod terapii.

10 lutego 2020 r. – „Ja Pacjent” - wymóg orientacji całego systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej na potrzeby pacjentów. W kontekście wyzwań epidemiologicznych, klinicznych i ekonomicznych podkreślano potrzebę solidarności z chorymi oraz empatię.



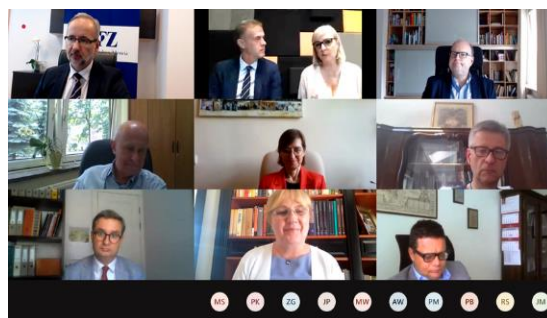
11 grudnia 2019 r. – I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu – nadwagę i otyłość ma ponad 20 mln Polaków, na cukrzycę cierpią 3 mln. Najwyższy czas, by wprowadzić system skutecznej profilaktyki i leczenia tych schorzeń w Polsce.

8 kwietnia 2020 r. – I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu online – rak nie zna pojęcia kwarantanna. Każdego dnia diagnozuje się w Polsce nowotwór u 450 osób, a umiera z tym rozpoznaniem 270 osób.



13 maja 2020 r. – III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu online – chorzy na choroby rzadkie wymagają szczególnej opieki w dobie pandemii oraz oczekują na Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich. Teraz konieczny jest dostęp do ośrodków klinicznych, leków i wyrobów medycznych. Bardzo pomocne są rozwiązania telemedyczne.

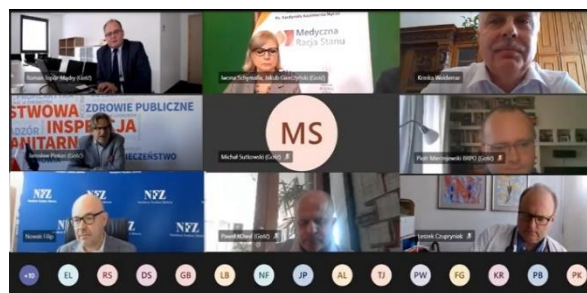
25 czerwca 2020 r. – II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu online – choroby metaboliczne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Pandemia COVID-19 wpływa na wzrost zapadalności oraz nasila powikłania i złe rokowanie pacjentów.





27 lipca 2020 r. – I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych Medycznej Racji Stanu online – choroby zakaźne atakują i od odpowiedzialności obywatelskiej, szczepień profilaktycznych oraz dostępu do skutecznego leczenia zależy zdrowie i życie wszystkich Polaków.

25 września 2020 r. - Wartości w medycynie - czego uczy nas światowy kryzys zdrowia. Zdrowie jest jedną z największych wartości człowieka i społeczeństwa. Kluczowe jest budowanie świadomości wartości zdrowia w polskim społeczeństwie oraz inwestycja w system ochrony zdrowia zorientowany na wartość.



7 grudnia 2020 r. - Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego: profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia. Sytuacja epidemiologiczna nie powinna być przesłanką do zahamowania diagnostyki i procesu leczenia nowotworów. Dlatego najwyższym priorytetem jest zachowanie ciągłości wielospecjalistycznego leczenia chorych na raka.

Zapraszamy Państwa do lektury raportu oraz współpracy w ramach projektów Medycznej Racji Stanu.



Anna Jasińska



Grażyna Mierzejewska

2. Wprowadzenie do debaty pt. „Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego: profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia”- Anna Jasińska, Rzecznik Medycznej Racji Stanu

„Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii oraz opieki paliatywnej”



Co dziewięć sekund diagnozuje się nowy przypadek zachorowania na raka w Unii Europejskiej (UE). Rak jest drugą, po chorobach układu krążenia, najczęstszą przyczyną zgonów w państwach wspólnoty europejskiej. W 2013 r. nowotwory były powodem 26 proc. wszystkich zgonów. W 2013 r. we wszystkich państwach członkowskich, z tego powodu, zmarło ponad 1,3 mln osób. Zachorowalność na raka stanowi ogromne obciążenie dla systemów opieki zdrowotnej i społecznej, obciąża budżety rządowe, negatywnie wpływa na wydajność oraz wzrost gospodarki, w tym na zdrowie pracowników w UE. Jeśli nie podejmiemy działań, do 2035 roku liczba przypadków zachorowań może się podwoić i choroby nowotworowe staną się główną przyczyną śmierci w Unii Europejskiej. Można jednak uniknąć 40 proc. wszystkich przypadków zachorowań na nowotwory, jeżeli zostaną wdrożone zalecenia, mające na celu zmniejszenie ryzyka ich powstania, przedstawione w Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem. Rak to także jedna z wielu chorób niezakaźnych, które mają wspólne czynniki ryzyka, a to oznacza, że skuteczne jej zapobieganie i kontrolowanie przyniosłoby korzyści większości obywateli. Zachorowania na nowotwory mają nie tylko wpływ na zdrowie poszczególnych osób, lecz także na krajowe systemy opieki zdrowotnej i systemy socjalne, budżety państw oraz wydajność i wzrost gospodarczy, w tym także zdrowie pracowników. Dane wskazują, że pilnie trzeba podnieść efektywność systemów opieki zdrowotnej i poprawić ich zdolności dostosowawcze oraz zwiększyć dostępność świadczeń. W szczególności ważne jest wspieranie państw członkowskich, które najbardziej potrzebują prowadzenia polityki opartej na zgromadzonych danych, tak by wszyscy obywatele UE mieli dostęp do skutecznej profilaktyki i opieki onkologicznej.¹

Onkologia jest jednym z głównych priorytetów Komisji Europejskiej w dziedzinie zdrowia. 4 lutego 2020 r. Komisja Europejska rozpoczęła konsultacje publiczne w sprawie tego planu, na konferencji pod hasłem „Europejski Plan Walki z Rakiem – Mierzymy Wyżej” (Europe’s Beating Cancer Plan let’s Strive For More)². Europejski Cancer Plan proponuje działania na każdym kluczowym etapie choroby nowotworowej:

- PROFILAKTYKA: zapobieganie nowotworom jest najprostszym i najskuteczniejszym sposobem zmniejszenia zachorowalności na raka w UE. Środki zapobiegawcze mogą obejmować lepszy dostęp do zdrowej diety i szczepień; środki ograniczające czynniki ryzyka środowiskowego, takie jak zanieczyszczenie i narażenie na działanie substancji chemicznych; badania i zwiększanie świadomości;
- WCZESNE WYKRYWANIE I DIAGNOZA: środki zwiększające szanse na lepsze wyniki zdrowotne, za sprawą wczesnej diagnostyki mogą obejmować poszerzenie zakresu populacji docelowej,

¹ https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/cancer_pl

² https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/events/ev_20200204_en

- objętej badaniami przesiewowymi w kierunku raka; większe wykorzystanie rozwiązań cyfrowych i wsparcie techniczne na rzecz państw członkowskich;
- LECZENIE I OPIEKA: środki mające na celu poprawę opieki nad chorymi na raka i wyniki leczenia chorób nowotworowych mogą być przeznaczone na lepszy dostęp do wysokiej jakości leczenia i korzystanie z nowych terapii; zapewnienie dostępności i przystępności cenowej podstawowych leków; innowacje i badania naukowe;
 - JAKOŚĆ ŻYCIA: środki zapewniające możliwie najlepszą jakość życia pacjentom chorym na raka, osobom, które wygrały walkę z rakiem oraz opiekunom mogą obejmować środki mające na celu poprawę sytuacji zawodowej; zapobieganie dyskryminacji; zapewnienie opieki paliatywnej i wymianę najlepszych praktyk.³

Na choroby nowotworowe każdego roku zapada ponad 160 tysięcy Polaków, a ok. 100 tysięcy umiera z ich powodu. W Polsce żyje około 1 miliona osób, u których zdiagnozowano lub wyleczono nowotwór, a prognozy wskazują, że w ciągu najbliższych 5 lat liczba pacjentów onkologicznych może wzrosnąć o 15%, zaś w perspektywie 10 lat o 28%. Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) to program wieloletni na lata 2020-2030 wprowadzający kompleksowe zmiany w polskiej onkologii. Celem nadrzędnym NSO jest wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej, a także zwiększenie wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach oraz poprawa jakości życia w trakcie i po ukończonym leczeniu.⁴ Z perspektywy pacjentów chorych na nowotwory kontekst pandemii COVID-19 jest olbrzymim zagrożeniem. Sytuacja epidemiologiczna nie powinna być przesłanką do zahamowania diagnostyki i procesu leczenia. Każdy pacjent ma prawo do rozpoczęcia i kontynuowania terapii przeciwnowotworowej. Dotyczy to także pacjentów z podejrzeniem nowotworu - oni również nie powinni pozostać bez opieki. Obecnie najwyższym priorytetem jest zachowanie bezpieczeństwa i prawidłowości wielospecjalistycznego, radykalnego leczenia chorych na nowotwory. Organizacje pacjentów informują, że większość centrów onkologii i szpitali zajmujących się leczeniem onkologicznym ma problemy z prowadzeniem świadczeń diagnostycznych i leczniczych. Wg danych NFZ liczba wykonanych endoskopowych zabiegów przewodu pokarmowego w lecznictwie zamkniętym we wrześniu 2020 r. wyniosła ok. 2,5 tys. i zmniejszyła się ponad trzykrotnie w porównaniu z wrześniem 2019 r. (ok. 8,2 tys.). Liczba badań endoskopowych przewodu pokarmowego (kolonoskopii) w AOS we wrześniu 2020 r. wyniosła ok. 11 tys. i zmniejszyła się ok. dwa i pół razy w porównaniu z wrześniem 2019 r. (ok. 28 tys.). Pamiętając o tym, jakie znaczenie ma dla pacjenta onkologicznego dostęp do diagnostyki i metod leczenia zalecanych przez standardy kliniczne polskich towarzystw naukowych, należy podkreślić poprawę w dostępie do nowoczesnych terapii w latach 2018-2020. Jednocześnie nie może umknąć naszej uwadze fakt, że polscy chorzy onkologiczni czekają na dostęp refundacyjny do nowych, mogących decydować o ich życiu, terapii. Przedstawiono to w części poświęconej poszczególnym nowotworom.

Anna Jasińska – Rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. +48 734 439 122, e-mail:

jasinska@greencomm.pl

³ https://ec.europa.eu/poland/news/200204_cancer_pl

⁴ Narodowa Strategia Onkologiczna. Ministerstwo Zdrowia Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna>

3. Stanowiska ekspertów przedstawione w trakcie debaty

Redaktor Iwona Schymalla oraz dr Janusz Meder przywitani uczestników debaty online pt. „Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego: profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia” oraz przypomnieli misję Medycznej Racji Stanu. Już czwarty rok założyciele i eksperci Medycznej Racji Stanu upominają się o uwagę sprawczych i opiniotwórczych środowisk dla wyzwań zdrowotnych, zapraszając do dialogu i wspólnego działania. Czas pandemii udowodnił decydujące znaczenie owych wyzwań nie tylko dla bezpieczeństwa zdrowotnego, lecz także gospodarczego, politycznego i społecznego kraju. O aktualnych wyzwaniach polskiej onkologii rozmawiano w ramach Medycznej Racji Stanu na początku pandemii COVID-19. Co zmieniło się od tego czasu w sytuacji pacjenta onkologicznego? Jakie są najpilniejsze potrzeby i największe zagrożenia dla bycia w zgodzie ze standardami terapeutycznymi, zwykłą, ludzką przyzwoitością i empatią. Do dyskusji zaproszono: polityków i duchownych, decydentów i społeczników, lekarzy, ekonomistów oraz pacjentów. Poniżej przedstawiono stanowiska uczestników debaty w kolejności wypowiedzi.

Prof. Maciej Krzakowski, Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii Klinicznej, Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej NIO-PIB w Warszawie



Najistotniejszym wyzwaniem dla onkologii w okresie pandemii COVID-19 jest dostęp do diagnostyki. Przypomnę, że trzema filarami sukcesu w zwalczaniu zagrożeń związanych z nowotworami jest profilaktyka (pierwotna i wtórna), diagnostyka oraz opieka kompleksowa. W ostatnich miesiącach w przypadku pierwszych dwóch filarów: profilaktyki i diagnostyki system ochrony zdrowia prawie się zamknął dla chorych na nowotwory. Wydaje mi się, że powinniśmy zadać pytanie, czy pandemia COVID-19 uzasadnia to, co się stało. A stało się dużo niedobrego. Anglicy obliczyli, że po raz pierwszy od przynajmniej dekady wyniki leczenia chorych na nowotwory będą gorsze niż były uzyskiwane dotychczas, a one sukcesywnie się poprawiały. Myślę, że w Polsce będzie podobnie. Należy również zadać pytanie, jak będziemy sobie w stanie poradzić z inwazją zaawansowanych nowotworów w wyniku ograniczenia dostępu chorych do diagnostyki i terapii w czasie pandemii COVID-19. Jest to ogromnym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Warto również pamiętać, że chorzy, którzy otrzymują leczenie przeciwnowotworowe cierpią przede wszystkim z powodu nudności i wymiotów, wypadania włosów, infekcji związanych z obniżeniem liczby białych krwinek oraz niedożywienia. Jeśli chodzi o leczenie wspomagające, w wielu obszarach osiągnięto ogromny postęp. Obecnie – wobec dostępności skutecznych leków przeciwwymiotnych – brak kontroli nudności i wymiotów w trakcie chemioterapii świadczy o nieprawidłowości postępowania lekarskiego i braku stosowania odpowiedniego leczenia antyemetogennego. Drugi przykład to granulopoetyny. Zgony chorych leczonych przeciwnowotworowo z powodu gorączki neutropeniczej powinny występować rzadko. Podobne standardy dotyczą leczenia przeciwbólowego.

Program lekowy leczenia raka płuca poszerza zakres leczenia ukierunkowanego molekularnie w I linii leczenia. Jest to bardzo dobra decyzja, ponieważ ten rodzaj terapii jest nie tylko skuteczniejszy, lecz także lepiej tolerowany. Jest to bardzo ważne z perspektywy chorego, którego interesują dwie rzeczy – czy leczenie będzie skuteczne i bezpieczne. Wszelkie dywagacje, aby to leczenie zachować na II linię, wydają się być rozważaniami ludzi, którzy nie znają tych problemów z autopsji. Tutaj trzeba by było zapytać pacjenta, co by on wybrał. Program lekowy w obecnym kształcie stwarza możliwość wyboru dla lekarza i chorego – i to jest najważniejsze. Często mówimy ogólnie o personalizacji medycyny oraz indywidualizacji postępowania. Ta decyzja Ministra Zdrowia jest przykładem personalizacji terapii raka płuca. Także leczenie konsolidujące po radiochemioterapii jednoczesnej u chorych w stadium miejscowego zaawansowania uważam za niezwykle cenne. Tutaj możemy zwiększyć szansę wyleczenia podobnie do adiuwantowego leczenia pooperacyjnego. 50 proc. chorych, którzy otrzymują jednoczesną radiochemioterapię i później konsolidującą immunoterapię żyje po 5 latach. To jest mniej więcej podwojenie wyników, które były dotychczas uzyskiwane po wyłącznej radiochemioterapii. Planowane jest również poszerzenie programu o możliwość stosowania immunochemioterapii, ale to jest już postępowanie paliatywne.

Podmiotem całego postępowania jest pacjent, w związku z tym podstawą jest wyjaśnienie mu wszelkich okoliczności związanych z postępowaniem w konkretnej sytuacji klinicznej. Chory powinien wiedzieć, jaka jest skuteczność danej metody oraz znać jej profil bezpieczeństwa. Powinien także wiedzieć, co może mieć zaoferowane w przypadku niepowodzenia I linii leczenia i na ile dana metoda jest skuteczna i bezpieczna.

Prof. Ewa Lech-Marańda, Konsultant Krajowy w dziedzinie Hematologii, Dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie

Druga fala pandemii COVID-19 bardzo mocno uderzyła w oddziały i kliniki hematologiczne. Problemy pacjentów z chorobami krwi oraz COVID-19 można rozpatrywać w dwóch obszarach. Pierwszy, gdy chory hematologiczny z aktywną chorobą zakażony wirusem wymaga hospitalizacji. W większości województw, w dużych szpitalach wielospecjalistycznych, w których funkcjonują oddziały bądź kliniki hematologiczne jest możliwość hospitalizacji takich chorych, właśnie na oddziałach przeznaczonych dla chorych na COVID-19. Opieka nad chorym jest kompleksowa, zarówno ze strony lekarza chorób zakaźnych, jak i hematologa, który decyduje, czy u chorego zakażonego wirusem jest konieczność podawania leczenia cytostatycznego. Ci chorzy przez długi czas nie wiedzieli, w jakim trybie ich leczenie ma się odbywać. To jest ważna kwestia również w Instytucie Hematologii, gdzie jest oddział dla chorych hematologicznych jednocześnie zakażonych wirusem SARS-CoV-2. Pojawia się potrzeba wspólnego dialogu z lekarzami chorób zakaźnych, aby ustalić może trochę inne zasady leczenia przeciwwirusowego u chorych hematologicznych, ponieważ jak wiemy ci chorzy mają *a priori* bardzo głębokie zaburzenia odporności i odpowiednio wczesne wdrożenie leczenia przeciwwirusowego oraz leczenia objawowego jest u tych chorych bardzo istotne.



Drugi problem, który dostrzegam, to opieka nad pacjentami hematologicznymi, którzy przeszli COVID-19. Jest to trudna sytuacja, gdyż u chorych hematologicznych materiał genetyczny wirusa SARS-CoV-2 może utrzymywać się bardzo długo (nawet trzy, cztery miesiące). Bardzo ważne jest, żeby odróżnić pacjenta z przetrwałą obecnością materiału genetycznego wirusa SARS-CoV-2 od pacjenta zakaźnego. Tutaj bardzo pomocne są testy antygenowe, dzięki którym możemy odróżnić, czy chory jest rzeczywiście zakaźny i czy można u takiego chorego kontynuować leczenie. Na szczęście w miarę upływu czasu nabieramy doświadczenia i wiemy, jak u chorych hematologicznych radzić sobie z zakażeniem SARS-CoV-2. Oczywiście przychylam się do słów profesora Krzakowskiego w zakresie utrudnionej diagnostyki i leczenia w okresie pandemii. Trzeba podkreślić, że etycznym obowiązkiem kadr medycznych jest tak zorganizować opiekę, aby pacjenci mogli mieć dostęp do diagnostyki i mieli kontynuowane leczenie hematologiczne.

Obecnie wyzwaniem refundacyjnym dla polskiej hematologii jest dostęp do terapii CAR-T. Jak wiemy, jest to bardzo innowacyjna metoda leczenia, która została zarejestrowana w Unii Europejskiej pod koniec 2018 r. Pozwala na uzyskanie długotrwałych odpowiedzi u chorych z oporną bądź nawrotową postacią ostrej białaczki limfoblastycznej oraz u chorych na chłoniaki agresywne. Dostęp polskich pacjentów do terapii CAR-T jest bardzo ważny, aby można było pomagać tym chorym, dla których inne metody leczenia są nieskuteczne. Również trzeba mieć na uwadze wyrównywanie szans polskich chorych w porównaniu z chorymi w innych krajach europejskich, gdzie ta terapia jest dostępna. Chorzy z przewlekłą białaczką limfocytową i szpiczakiem plazmocytowym tworzą najliczniejszą grupę chorych na nowotwory krwi. W ostatnich dwóch latach poprawiła się dostępność refundacyjna do leków. Hematologia jest dynamicznie rozwijającą się dziedziną, więc mamy coraz więcej nowych leków. U chorych na szpiczaka plazmocytozowego największą potrzebą jest dostęp w I linii terapii do lenalidomidu oraz u chorych opornych nawrotowych rozszerzenie wskazań do karfilzomibu oraz iksazomibu. U chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową mamy wenetoklaks w różnych wskazaniach, natomiast brakuje dostępu do ibrutynibu, który jest dostępny obecnie dla wąskiej grupy pacjentów.

Prof. Piotr Wysocki, Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej



W referencyjnych ośrodkach klinicznych sytuacja pacjentów wygląda inaczej. Tutaj nie tyle krytyczna jest kwestia poprawy dostępności do najnowszych terapii, ile umiejętne wykorzystywanie tego czym dysponujemy, w celu zabezpieczenia ciągłości leczenia onkologicznego dla jak największej liczby chorych. W obecnej, bardzo skomplikowanej, sytuacji epidemicznej, szereg ośrodków onkologicznych znacznie zmniejszyło zakres działania, co wydłużyło czas oczekiwania chorych na rozpoczęcie leczenia systemowego. Co więcej, w licznych ośrodkach wielu chorych, a czasami i całe populacje, przestały być leczone systemowo, z uwagi na chociażby problemy z zachorowaniami na COVID-19 wśród personelu lub zmianę charakteru szpitala na jednoimienny. Tak naprawdę tylko duże ośrodki onkologiczne były w stanie zapewnić opiekę i leczenie pacjentom na

dotychczasowych zasadach, a bardzo wiele mniejszych ośrodków, w sposób zagrażający życiu pacjentów zmniejszyło zakres działalności. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej już w kwietniu przygotowało specjalne, kompleksowe, zalecenia dotyczące optymalizacji leczenia systemowego u chorych onkologicznych w trakcie pandemii. Cały czas, regularnie odbywają się webinaria adresujące aktualne, krytyczne, problemy pojawiające się w praktyce klinicznej w związku z pandemią. Klinika Onkologii Uniwersytetu Jagiellońskiego - Collegium Medicum w Krakowie uruchomiła również specjalne kanały konsultacyjne dla onkologów z mniejszych jednostek w Polsce, którzy poszukują wskazówek dotyczących postępowania z chorymi pozostającymi pod ich opieką w kontekście COVID-19.

Minister Maciej Miłkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia



Wszyscy oczekują nowych technologii lekowych, nowych terapii, ale równie ważny jest element prawidłowego diagnozowania oraz szybkiego leczenia chirurgicznego nowotworu. Największa liczba pacjentów onkologicznych zalicza się właśnie do tej grupy. Od 1 stycznia 2021 r. pojawiają się nowe możliwości w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP). Do programu lekowego włączony zostanie durwalumab dla chorych z miejscowo zaawansowanym, nieoperacyjnym niedrobnokomórkowym rakiem płuca do leczenia konsolidującego po jednoczasowej radiochemioterapii. Przesunięto leczenie ozymertynibem do I linii, co daje większe możliwości leczenia chorych z mutacją w genie EGFR oraz wspiera indywidualizację terapii. Chorym bez mutacji w genie EGFR oraz bez rearanżacji genów ALK i ROS1 umożliwiono terapię pembrolizumabem. Chorzy z ekspresją PD-L1 < 50% zyskali niedostępną wcześniej opcję w postaci terapii łączonej pembrolizumabem z chemioterapią. Należy przy tym pamiętać, że dostosowaniu leczenia musi towarzyszyć odpowiednia ścieżka diagnostyczna, która wskazuje najlepszą opcję terapeutyczną dla pacjenta. W zakresie terapii CAR-T, jeszcze dużo pracy przed nami. Agencja Badań Medycznych przeznaczyła 100 mln zł na rozwój badań medycznych w tym zakresie. Myślę, że w 2021 r. uzgodnimy z obiema firmami zakres refundacji tych terapii. Chcemy uwzględnić instrumenty dzielenia ryzyka oraz zdecydować z jakiego budżetu będzie to realizowane: z budżetu na programy lekowe, czy z funduszu medycznego. Planujemy dopełnienie programu lekowego w przewlekłej białaczkę limfocytowej - od stycznia 2021 r. roku będzie dostępna wymiennosc terapii. Istotną kwestią jest również leczenie chłoniaków - rytuksymab zostanie przeniesiony do katalogu chemioterapii, żeby można było łatwiej leczyć tych chorych.

*Prof. Adam Maciejczyk, Prezes Polskiego Towarzystwa
Onkologicznego*

Narodowa Strategia Onkologiczna ma kilka ważnych obszarów. Jednym z celów są zmiany organizacyjne, w tym wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO). Dzięki determinacji ośrodków onkologicznych i Ministerstwa Zdrowia, mimo czasu pandemii COVID-19 i głosów nakłaniających do zaprzestania pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, pilotaż rozpoczęty w 2019 r. był kontynuowany. Pilotaż KSO rozpoczął się w 2019 r. w dwóch województwach – dolnośląskim i świętokrzyskim, a następnie w województwie pomorskim i podlaskim. Celami pilotażu KSO było zmniejszenie nierówności w dostępie do opieki onkologicznej, poprawa wyników leczenia (jako cel długookresowy) oraz koordynacja całego procesu diagnostyki i terapii onkologicznej (ustalenie celów krótkookresowych, przyjęcie mierników i ich monitorowanie, np. czas oczekiwania pacjenta na daną usługę). Cele szczegółowe, to przede wszystkim skrócenie czasu oczekiwania na pierwszą wizytę i badania diagnostyczne (monitorowanie czasu oczekiwania było niezwykle ważne w czasie pandemii), a także oceny jakościowe, np. monitorowanie powikłań po leczeniu chirurgicznym. Nowe elementy to infolinia, doprecyzowanie funkcji koordynatorów onkologicznych (jako nowej grupy zawodowej), rola wojewódzkich centrów koordynujących oraz wprowadzenie raportów histopatologicznych i radiologicznych oraz mierników oceny jakości opieki onkologicznej.



Przed rozpoczęciem pilotażu na terenie dolnego śląska było 80 ośrodków, które mogą realizować pakiet onkologiczny – to duża liczba ośrodków i duże pofragmentowanie struktury. W momencie, gdy wprowadzono stosunkowo mało wymagające kryteria wejścia do pilotażu KSO (np. wykonanie 120 zabiegów chirurgii onkologicznej rocznie w 5 nowotworach, których dotyczy pilotaż), tylko 16 podmiotów je spełniło. W innych województwach takich jednostek było jeszcze mniej. Wprowadzenie pilotażu KSO prowadzi, więc do ograniczenia decentralizacji opieki onkologicznej w Polsce, w szczególności w zakresie chirurgii onkologicznej, a w efekcie poprawy jakości i skuteczności leczenia. W ramach pilotażu KSO wprowadzono dodatkowo koordynację podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i opieki onkologicznej, aby przeciwdziałać luce w systemie opieki nad pacjentami z podejrzeniem nowotworu. Wprowadzono ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne, które uszczegóławiają te relacje, umożliwiają szybszy transport pacjentów, przekazywanie danych o pacjentach z poziomu POZ do ośrodka onkologicznego.

W 2020 r., po wybuchu pandemii COVID-19, skrupulatnie monitorowaliśmy (Dolnośląskie Centrum Onkologii) liczbę pacjentów zgłaszanych do pilotażu KSO. W kwietniu 2020 r., przy pierwszej fali pandemii COVID-19 liczba ta spadała, jednak dzięki akcjom informacyjnym uniknęliśmy spadku przy drugiej fali, czego nie można powiedzieć o innych placówkach na terenie województwa. Tam znacząco spadła liczba zgłaszanych pacjentów zarówno podczas pierwszej, jak i drugiej fali pandemii COVID-19 – szczególnie w szpitalach wielospecjalistycznych, które nie skupiały się wyłącznie na opiece onkologicznej i często stawały się szpitalami jednoimiennymi. Celem poprawy dostępności pacjentów

do informacji utworzyliśmy infolinię onkologiczną, która bardzo pomogła w czasie pandemii. Udokumentowano to liczbą zgłoszeń nowych pacjentów do leczenia onkologicznego. Różnica była na tyle duża, że musieliśmy zwiększyć liczbę osób obsługujących infolinię. W Dolnośląskim Centrum Onkologii powstał „Onkoskop” – pierwszy i do tej pory jedyny w Polsce system informatyczny, przyspieszający przyjęcie chorego do specjalisty. Wystarczy na stronie internetowej szpitala wypełnić krótki dokument i jeszcze tego samego dnia pacjent otrzymuje telefon od konsultantki. Następnie przeprowadzany jest krótki wywiad i w ciągu godziny chory ma umówioną wizytę do specjalisty – z zastrzeżeniem, że nie później niż w ciągu 4-5 dni. Karta DILO w trakcie pandemii pomogła nam w prowadzeniu pacjentów. Stworzyliśmy również nowe narzędzia mobilne do zgłaszania się do badań profilaktycznych. Wykorzystaliśmy do tego środki unijne. Te narzędzia rozpoczęły swoją aktywność dzięki naszej współpracy z lekarzami POZ. Wykorzystujemy je np. do kontaktu z pacjentami, którzy boją się pójść na diagnostykę raka płuca do szpitali pulmonologicznych.

W pilotażu zbieramy dane w systemach informatycznych, które obowiązują w czterech województwach. Mamy zunifikowany sposób zbierania danych w pilotażu KSO i dzięki temu, opierając się o dane z naszych systemów szpitalnych oraz dane z systemów NFZ budujemy dużą bazę danych, która pozwala nam monitorować wiele wskaźników. Dzięki temu, że zbieramy te dane, tworzymy medycynę opartą na wartościach (*value based medicine*). To przekłada się na bardziej równy dostęp do świadczeń, już nie tak mocno uzależniony od miejsca zamieszkania (kodu pocztowego). Monitorujemy czas czekania na wizyty w różnych szpitalach. Z uwagi na monitorowanie, czas oczekiwania się bardzo skrócił, ponieważ szpitale zaczęły o to dbać. Jeśli chodzi o stopień zaawansowania chorób – tutaj ten stopień jest wysoki, szczególnie w takich nowotworach jak rak piersi, jelita grubego. Dzięki stałemu monitorowaniu, obserwujemy, jak to się zmienia. Widzimy, że po roku liczba osób z zaawansowanym rakiem jelita grubego w 3-4 stopniu zaawansowania zmniejszyła się z 80 do 60 proc. Mierzmy poziom zadowolenia pacjentów – tutaj cały czas współpracujemy z organizacjami pacjenckimi i NFZ. Czas oczekiwania – mimo pandemii się nie wydłużył. Monitorujemy również kompletność raportów histopatologicznych. Zauważyliśmy olbrzymią różnicę między poziomem jakości badania histopatologicznego w naszym szpitalu i innych szpitalach na terenie Dolnego Śląska. Najwyższa jakość była w szpitalach najbardziej doświadczonych, co nas cieszy. Sprawdzamy także dostęp do badań molekularnych – bardzo istotny, ponieważ wskazuje tę grupę pacjentów, którzy wymagają leczenia systemowego. Bardzo często podnosi się kwestię, że pacjenci nie mają dostępu do tych badań. Mimo, że nasze pracownie zostały w znacznej części przekształcone w pracownie oceniające obecność zakażenia SARS-CoV-2, to utrzymaliśmy również ocenę nowotworowych markerów genetycznych. Czas oczekiwania na badanie histopatologiczne nieznacznie się wydłużył w 2020 roku, ale nie przekroczył 14 dni. Główny wniosek jest taki, że jeżeli monitorujemy wskaźniki, skupiamy na nich uwagę, to jesteśmy w stanie szybko reagować. Wszyscy się bardziej starają, jeśli widzą, jaki jest tego efekt. Po zaobserwowaniu spadku liczby zgłaszających się pacjentów z rakiem płuca o 80 proc. wprowadziliśmy szybką ścieżkę diagnostyki pulmonologicznej przez infolinię, pacjenci szybciej się do nas zgłaszali. Już w zeszłym tygodniu mieliśmy 17 takich zgłoszeń, z czego 15 pacjentów trafiło do diagnostyki onkologicznej. Trzeba się komunikować z pacjentami. Problemem w onkologii jest brak komunikacji lub utrudniona komunikacja. I to nadrabiamy nowoczesnymi narzędziami – telemedycyną oraz wsparciem mediów.

Prof. Jarosław Reguła, Konsultant Krajowy w dziedzinie Gastroenterologii, Kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej NIO-PIB w Warszawie

Najefektywniejszym sposobem diagnostyki raka jelita grubego jest kolonoskopia diagnostyczna. Nie mówię tutaj o kolonoskopii przesiewowej, tylko o kolonoskopii diagnostycznej u pacjentów, którzy mają objawy. Akceptacja kolonoskopii diagnostycznej wśród pacjentów jest bardzo dobra, jedynie brak powszechnego dostępu do znieczulenia powoduje pewne zahamowania. Jeśli chodzi o program kolonoskopii przesiewowej to badamy w nim osoby, które praktycznie nie mają dolegliwości, a zapraszamy je z racji wieku. Zgłaszalność do programu w Polsce jest znacznie niższa niż np. w krajach skandynawskich i nie przekracza 20 proc. W okresie pandemii COVID-19 zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia mieliśmy zrezygnować z planowych hospitalizacji oraz z planowych badań profilaktycznych. W kwietniu 2020 r. zbliżaliśmy się do zera, jeśli chodzi o liczbę badań przesiewowych, następnie odnotowaliśmy trend wzrostowy, ale poziom wykonanych badań przesiewowych nie wrócił do poziomu sprzed pandemii. Jeśli chodzi o badania przesiewowe, to oprócz kolonoskopii zaczęliśmy poważnie myśleć o nowszych badaniach stolca, np. test FIT. Jest to test na wykrycie krwi utajonej w kale, który można zrobić samodzielnie w domu. Wykonaliśmy badanie randomizowane na 12 tys. osób zapraszanych, podzieliliśmy je na 3 grupy: standard kolonoskopia vs wybór kolonoskopii albo test FIT vs najpierw zaproszenie na kolonoskopię, a jak się pacjent nie zgłasza, to test FIT, a potem przy dodatnim teście FIT - kolonoskopia. Doszło do podwyższenia zgłaszalności ogólnej na badanie przesiewowe, gdy wprowadziliśmy opcję testu FIT, z 18 proc do 26 proc., czyli około 8 proc. Wiele zależy, w takich krajach jak Polska, od działań promocyjnych, edukacyjnych, komunikacyjnych, informacyjnych. Ważne jest również, czy pacjent ma zaufanie do służby zdrowia, czy ufa proponowanym metodom, czy jest dobra organizacja całej ochrony zdrowia. Uważam, że mamy zbyt mało działań edukacyjnych, przekonujących pacjentów do wykonywania badań bez występujących objawów raka jelita grubego.



Jeśli chodzi o dostępność pacjentów do leczenia w ostatnich dwóch latach obserwujemy dużą poprawę. Jest dostępnych wiele linii leczenia. Zniknęły także ograniczenia w możliwości kolejnych terapii, czy kombinacji odpowiednich terapii z inhibitorami EGFR. Jest potrzeba refundacji nowej terapii enkorafenib w skojarzeniu z cetuksymabem u ok. 1 300 polskich pacjentów z rakiem jelita grubego i mutacją BRAFV600E. Jest to pierwszy i jedyny celowany schemat leczenia zatwierdzony w Europie specjalnie dla pacjentów z przerzutowym rakiem jelita grubego z mutacją BRAFV600E.

Prof. Dariusz M. Kowalski, Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej NIO-PIB w Warszawie

Obecnie w programie lekowym mamy dostęp do immunoterapii stosowanej w I linii leczenia chorych z rozpoznaniem rakiem niedrobnokomórkowym. Ogranicznikiem (wiemy na podstawie badań klinicznych,



że jest konieczny) jest odsetek komórek nowotworowych, która ma ekspresję PD-L1. Wówczas tego typu leczenie jest zdecydowanie bardziej skuteczne w porównaniu do klasycznej chemioterapii. Mamy również w programie lekowym możliwość stosowania immunoterapii w II linii, czyli po niepowodzeniu klasycznej chemioterapii, zastosowanej w I linii. Tutaj mamy dostępne dwa leki: niwolumab i atezolizumab. Oba są dedykowane chorym z rozpoznaniem rakiem niedrobnokomórkowym, we wszystkich typach tego raka, niezależnie czy to jest rak płaskonabłonkowy, gruczołowy czy wielkomórkowy. Modyfikacja programu lekowego umożliwi nam od stycznia 2021 stosowanie immunochemioterapii, czyli połączenia immunoterapii (pembrolizumabu) z chemioterapią w populacjach chorych, gdzie odsetek komórek nowotworowych PD-L1 będzie poniżej 50 proc. Z badań klinicznych trzeciej fazy wynika, że tego typu postępowanie jest dużo bardziej efektywne niż samodzielna chemioterapia.

Programy przesiewowe w raku płuca wykazały, że mają uzasadnienie, zwłaszcza, jeśli mamy szczególną populację np. palaczy. Program taki został uruchomiony w kilku ośrodkach w Polsce, ale ze względu na pandemię funkcjonuje szczątkowo.

***Prof. Mariusz Bidziński, Kierownik Kliniki Ginekologii
Onkologicznej NIO-PIB w Warszawie***



Ostatnie lata to przełom w leczeniu raka jajnika. Ta choroba staje się coraz bardziej przewlekłym schorzeniem i nawet w zaawansowanych stadiach choroby jesteśmy w stanie utrzymywać chorych w dobrej formie kilka, a nawet kilkanaście lat.

Dokonuje się to stopniowo, nie tylko za sprawą dostępu do nowych leków, lecz także za sprawą centralizacji leczenia chirurgicznego. Coraz częściej widzimy, że projekty leczenia raka jajnika są zlecane dużym ośrodkom onkologicznym, z racji koncentracji kadry, sprzętu i możliwości terapeutycznych. Ostatnie lata to era inhibitorów PARP, czyli leków, które istotnie wpłynęły na długość życia pacjentów z mutacjami w genach BRCA1, BRCA2, jak również w zaburzeniach homologicznej rekombinacji, a więc inaczej mówiąc, w zaburzeniach DNA. Ostatnie badania pokazują, że odsetek kobiet, które mają wydłużony czas przeżycia powyżej 12 miesięcy sięga 40-50 proc., a więc jest to wyraźny progres w leczeniu raka jajnika. Rak jajnika jest chorobą, która rozwija się podstępnie i daje niejednoznaczne objawy. W około 70 proc. przypadków rak jajnika jest wykrywany w 3-4 stadium zaawansowania. Jednak uzyskany dzięki zastosowaniu inhibitorów PARP odsetek pięcioletnich przeżyć przekraczający 50-60 proc. to wynik, który satysfakcjonuje ginekologów onkologicznych. W Polsce w optymalizacji opieki nad chorymi z rakiem jajnika na pewno powinna poprawić się komunikacja pomiędzy POZ, a ośrodkami onkologicznymi.

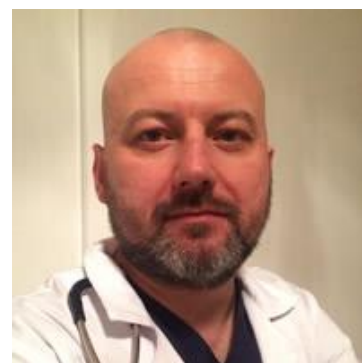
**Prof. Paweł Blecharz, Kierownik Kliniki Ginekologii
Onkologicznej w NIO Oddział w Krakowie**

Inhibitory PARP wypełniają pustkę w leczeniu raka jajnika, która pojawia się po zakończeniu leczenia I linii choroby. Ponieważ 90% chorych na zaawansowanego raka jajnika (ZRJ) będzie miało nawrót, dotąd mogliśmy zaproponować tym chorym jedynie wyczekiwanie. Obecnie, dzięki leczeniu podtrzymującemu remisję, z użyciem inhibitorów PARP możemy ten okres znacznie wydłużyć, dając chorym poczucie aktywnej walki z chorobą. Inhibitory PARP pozwalają przedłużyć czas do progresji, jako leczenie podtrzymujące remisję, bo *de facto* są stosowane pomiędzy kolejnymi liniami chemioterapii. Kolejne badania pokazują, że inhibitory PARP działają u wszystkich chorych na ZRJ, nie tylko u nosicielek mutacji w genach *BRCA1* i *BRCA2*, jak wcześniej sądzono. Redukcja ryzyka nawrotu raka jajnika w odpowiedzi na inhibitory PARP, u chorych nieposiadających żadnych mutacji w genach tzw. rekombinacji homologicznej, teoretycznie nie powinna występować, ale badania kliniczne pokazały coś innego. Ryzyko progresji choroby u tych chorych jest zmniejszone o około 40% - to bardzo istotna poprawa rokowania w tej groźnej chorobie. Leków z grupy inhibitorów PARP przybywa. Niestety ciągle mamy opóźnienia, jeśli chodzi o refundację. Od ogłoszenia wyników badania SOLO-1 minęło już ponad dwa lata i nadal grupa chorych na raka jajnika z mutacjami *BRCA1* i *BRCA2*, która osiąga najbardziej spektakularną poprawę przeżyć po włączeniu inhibitorów PARP w I linii leczenia nadal nie ma refundacji tej grupy leków. Na to nakłada się problem z nowymi zasadami rozliczania ratunkowego dostępu do terapii lekowych (RDTL), bardzo utrudniający ośrodkom onkologicznym stosowanie tych terapii. Obecnie leczenie inhibitorami PARP w I linii ZRJ może być dostępne tylko w tej formie. Jest bardzo istotne, abyśmy zintensyfikowali prace nad możliwościami refundacyjnymi u tych chorych. Obecnie refundowany dostęp do tej terapii mają wyłącznie pacjentki, które miały nawrót platynowrażliwy, czyli po odpowiednio długim okresie, mające mutację w genach *BRCA1/BRCA2* i odpowiedziały na leczenie. To są wytyczne leczenia chorych sprzed 7-8 lat. Od tego czasu wiele się wydarzyło w nauce i w stosowaniu inhibitorów PARP, do których pacjentki chore na raka jajnika w Polsce ciągle nie mają dostępu refundacyjnego.



**Dr hab. med. Jakub Żołnierek, Polska Grupa Raka Nerki,
NIO-PIB w Warszawie**

Rak nerki jest specyficznym problemem, ponieważ leczenie rozsiewu polega na stosowaniu nowoczesnych leków ukierunkowanych molekularnie, również wzbogaconych o immunoterapie nowych generacji. W Polsce refundowane są leki ukierunkowane molekularnie, niemniej w ograniczonym zakresie, co do ich liczby i wyboru preparatów, które możemy zastosować w praktyce. Co jest bardziej istotne, brakuje dostępu refundacyjnego do rekomendowanego leczenia w I linii z wykorzystaniem immunoterapii. Immunoterapia powinna być kojarzona z wyborem z lekami ukierunkowanymi molekularnie. Kojarzenie immunoterapii z lekami ukierunkowanymi molekularnie potrafi zwiększyć odsetki obiektywnej odpowiedzi niemal dwukrotnie oraz umożliwia wygenerowanie całkowitych remisji. Trudno na tym etapie powiedzieć, czy są one tożsame



z wyleczeniem, nie mniej jednak wycofanie się raka nerki do poziomu niewykrywalnego, wydłuża czas progresji choroby do około 1,5 roku, a medianę czasu przeżycia całkowitego wydłuża do 4 lat. Jest to ogromny postęp, zważywszy, że dekadę temu te parametry były dużo gorsze, a czas przeżycia sięgał około roku. Leczenie raka nerki refundowane jest w ramach programu lekowego, z ograniczoną, określoną liczbą preparatów. W moim odczuciu najistotniejszym problemem jest brak dostępu do immunoterapii skojarzonej z leczeniem ukierunkowanym molekularnie w I linii leczenia. Dodatkowo brakuje refundacji niektórych inhibitorów kinaz tyrozynowych o aktywności angiogennej (m.in. tiwozanibu). Problemem jest pozycjonowanie ich w programie lekowym w sposób, który nie daje możliwości optymalnego wykorzystania. Należy wspomnieć, że są to terapie dobrze tolerowane.

*Prof. Krzysztof Giannopoulos, Prezes Stowarzyszenia
Hematologia Nowej Generacji, Kierownik Zakładu
Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie, Kierownik
Oddziału Hematologicznego Centrum Onkologii Ziemi
Lubelskiej*



Rok 2020 był bardzo specyficzny w onkologii i hematoonkologii. W zakresie refundacji bardzo ważną decyzją Ministra Zdrowia było przesunięcie rytuksymabu w terapii chłoniaków agresywnych do katalogu chemioterapii z programu lekowego. Rozszerzone zostały wskazania refundacyjne dla piksantronu i brentuksymabu. Środowisko hematologów oraz pacjenci oczekują refundacji CAR-T w ostrej białaczce limfoblastycznej i chłoniakach z komórek B. W terapii szpiczaka plazmocytowego potrzebna jest refundacja w pierwszej linii leczenia lenalidomidu z deksametazonem, oraz trójkowego schematu: lenalidomid/bortezomid/deksametazon. W przypadku pacjentów nawrotowych rekomenduje się refundację karfilzomibu z deksametazonem oraz schematu trójkowego: iksazomib/lenalidomid/deksametazon, dla pacjentów wysokiego ryzyka cytogenetycznego. Od 1 stycznia 2021 pacjenci z przewlekłą białaczką limfocytową mają dostęp do leczenia ibrutynibem we wczesnym nawrocie lub po terapii wenetoklaksem z rytuksymabem, co znacznie poprawi dostępność do nowoczesnych terapii. Obecnie potrzeby refundacyjne dotyczą chorych w pierwszej linii leczenia. Wskazane byłoby zapewnienie dostępności do akalabrutynibu lub/i ibrutynibu.

Rekomendowana jest również jednoroczna terapia lekiem wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem, która pozwala na uzyskanie głębokich odpowiedzi mierzonych rzeczywistym zmniejszeniem lub całkowitą eradykacją komórek nowotworowych we krwi (negatywizacja choroby resztkowej). W konsekwencji terapia pacjenta ograniczona jest wyłącznie do 1 roku i wpływa na długi czas wolny od progresji po zakończeniu leczenia. Wytyczne kliniczne ESMO coraz częściej odzwierciedlają trend przesuwania innowacyjnych terapii już do I linii leczenia, zamiast traktowania ich jako terapii ostatniej szansy.

Dr Bernard Waśko, Zastępca Prezesa NFZ ds. Medycznych

Strategia walki z pandemią COVID-19 powinna uwzględniać różne ryzyka. Jeżeli spojrzą Państwo na skalę makro – wybór, przed jakim stają rządzący opiera się na wyważeniu, w jakim stopniu chronić zdrowie obywateli oraz ograniczać wszelką aktywność zarówno na polu prywatnym jak i zawodowym, a w jakim stopniu chronić gospodarkę, która cierpi na nadmiernym, tak ukierunkowanym działaniu. Jedno i drugie jest istotnym dobrem. Wyważenie działań adekwatnych do ryzyka jest podstawowym problemem rządu każdego państwa, również Państwa Polskiego. Na ten moment żaden ekspert nie jest w stanie określić, gdzie jest punkt optymalny. Będziemy mądrzejsi za kilka miesięcy, a może nawet lat. Jeśli przełożymy te procesy w gospodarce na system ochrony zdrowia i popatrzymy, że zawsze skutkiem jakiegoś działania jest koszt alternatywny i tym działaniem jest przejściowe skupienie się na walce z jedną chorobą, to w tej chwili skutki tej sytuacji doświadczają pacjenci z innymi schorzeniami. Co można zrobić, aby tymi ryzykami zarządzać? Jeśli chodzi o wydzielanie i dedykowanie zasobów do walki z pandemią w samym systemie leczenia szpitalnego, od początku MZ i NFZ przyjęły strategię, aby chronić onkologię. Dla chorego z nowotworem czas płynie nieubłagane. Onkologia to nie tylko monoprolifowe ośrodki, lecz także rozproszony model, który działa w szpitalach wieloprofilowych, a szczególnie wielospecjalistycznych wojewódzkich. Nie wszędzie udało się ochronić oddziały onkologiczne przed wyłączeniem z działalności. Jeśli popatrzymy natomiast na konkretne skutki w wymiarze mierzalnych zjawisk to często padają pewne uproszczenia, które warto byłoby sprostować. Tak się dzieje, jeżeli w prosty sposób interpretujemy jakiś wskaźnik, np. ilość wydanych kart DILO, i nadajemy jakieś szczególne znaczenie temu faktowi w oderwaniu od innych zjawisk. Średnio miesięcznie wydaje się ok. 21-22 tys. kart DILO. W 2019 r. liczba wystawionych kart DILO w trakcie 9 miesięcy w roku w programach profilaktycznych wyniosła 372. W porównywalnym okresie w 2020 r. – 194. Czy to jest ilościowo najistotniejszy problem? Istotą jest to, że bardzo mało wydaje się w ogóle kart DILO w programach profilaktycznych, jako odsetek procentowy. Wynika to z faktu, iż zgłaszalność na badania profilaktyczne, gdy mówimy o profilaktyce wtórnej, wczesnej diagnostyce raka szyjki macicy, czy raka piersi jest bardzo mała i niestety spadająca niezależnie od pandemii. Nie tylko pandemia powinna nam pokazywać, że jest to problem. Po jej zakończeniu jest tutaj wiele do poprawy. Spadek wystawionych kart DILO, w porównywalnym okresie jedenastu miesięcy 2019 i 2020 r. wyniósł niecałe 8 proc. Spadek w POZ wynosił 11 proc., w AOS - 6 proc., a w lecnictwie szpitalnym - 7 proc. Jeżeli popatrzymy na pierwszą i drugą falę pandemii COVID-19, spadek wydawanych kart DILO wywołany był głównie fatalnym kwietniem 2020 r., kiedy pacjenci ograniczyli wizyty u lekarzy. Jesienią 2020 r. podczas drugiej fali pandemii, spadek wydawanych kart DILO nie był już tak zauważalny, jak w pierwszej. Być może było to wynikiem lepszej polityki komunikacyjnej, być może zarządzania lękiem, budowania świadomości pacjentów, próby wpływania na to, żeby widzieć szerzej problemy związane z dbaniem o własne zdrowie, nie tylko koncentrując się na jednej chorobie. Jeśli chodzi o interpretację danych, to zawsze powinna być zakładana ostrożność w formułowaniu wniosków. Mówimy o spadku liczby wystawianych kart DILO, ale lepszym parametrem jest spadek odsetka pacjentów zgłaszających się w 3 i 4 stadium zaawansowania nowotworu, a tu akurat na podstawie danych prezentowanych przez Dyrektora Maciejczyka zaobserwowano korzystną tendencję w porównaniu do roku 2019. Analizując liczbę



świadczeń w zakresie chemioterapii i radioterapii, istotnego spadku, w porównaniu z rokiem 2019 nie widać. Liczba leczonych pacjentów jest na podobnym poziomie. Powodem do niepokoju jest natomiast chirurgia onkologiczna – notuje się spadek rzędu 20 proc. wykonanych zabiegów, głównie spowodowany ograniczeniem działalności szpitali wielospecjalistycznych, gdzie znajdują się oddziały chirurgii, chirurgii onkologicznej, urologii i ginekologii onkologicznej.

Marta Pawłowska, Dyrektor Biura Profilaktyki Zdrowotnej NFZ

Jako NFZ prowadziliśmy aktywności komunikacyjne, zachęcając pacjentów do udziału w badaniach profilaktycznych. Jeszcze w kwietniu 2020 r. ruszył cykl wsparcia psychologicznego w czasie pandemii. Głęboko wierzę, że działania NFZ, mediów i organizacji pacjenckich, które mówią o tym, żeby aktywnie uczestniczyć w badaniach profilaktycznych przynoszą efekty. Spadek zgłaszalności pacjentów na badania profilaktyczne jesienią 2020 r. nie był już tak znaczny, jak wiosną. Pomimo dużego spadku w marcu i kwietniu 2020 r., od maja do września spadek wyhamował, a w październiku w stosunku do roku poprzedniego był około 20 proc. niższy w zakresie cytologii i mammografii, natomiast w listopadzie, pomimo drugiej fali epidemii był tylko niewiele niższy. Przy NFZ działa zespół ds. programów profilaktycznych, gdzie istnieją dwie grupy robocze, a za chwilę będzie powołana trzecia, związana z wprowadzeniem zmian do obecnie realizowanych programów profilaktycznych, a także do sformułowania programów, o które postulują towarzystwa medyczne. Będziemy się pochylać nad nowymi narzędziami związanymi z komunikacją i przekonaniem Polaków do szerszego udziału w badaniach.



Dr Roman Topór-Mądry, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Kwestie systematycznego uporządkowania diagnostyki i terapii w zakresie opieki onkologicznej są kluczowe dla systemu ochrony zdrowia. Gdy patrzymy na trendy, historię i wyzwania w niedawno prezentowanym przez AOTMiT opisie stanu zdrowia za ostatnie 30 lat dla Polski (w podziale wojewódzkim) projektu Global Burden of Disease (GBD), to obserwujemy poprawę, która nastąpiła w kardiologii, ale także widzimy znacznie mniejsze zmiany w onkologii. Dlatego ten obszar wymaga intensywnych działań. Biorąc pod uwagę wskaźniki zdrowotne to widzimy, że w zakresie umieralności, ale również oczekiwanej długości życia, uwzględniającej niesprawność (wskaźnik DALY) dominują choroby układu krążenia i nowotwory. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zajmuje się kilkoma obszarami onkologicznymi, przede wszystkim określeniem postępowania w tzw. unitach narządowych i to zadanie wykonaliśmy m.in. w obszarze raka nerki, pęcherza moczowego, raka płuca, raka jelita grubego i raka piersi. Kolejnym elementem jest taryfikacja, w ramach której przygotowujemy się do taryfikacji unitów narządowych. Pacjent od początku do końca leczenia powinien być pod kompleksową opieką jednego koordynatora i ośrodka onkologicznego. Czas od diagnostyki do podjęcia



leczenia powinien być możliwie krótki. To wymaga łatwego dostępu do ośrodków onkologicznych, które prowadzą takie działania w ramach unitów narządowych. Rzecz, która zależy wyłącznie od obywateli, to jest potrzeba dbania o własne zdrowie. Jeśli do tej pory mamy bardzo wysokie wskaźniki palenia papierosów, które odpowiadają za występowanie m.in. raka płuc, czy chorób serca, to należy mieć na względzie, że bez redukcji tego uzależnienia możemy nie być w stanie w przyszłości zaspokajać potrzeb zdrowotnych w obszarze w onkologii, czy kardiologii. Powinniśmy zatem uświadamiać społeczeństwu skutki zdrowotne stylu życia.

Dr Tomasz Latos, Poseł RP. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia

Obecnie w ramach optymalizacji opieki onkologicznej wdrażana jest Narodowa Strategia Onkologiczna i odbywa się pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej w czterech województwach. Czekamy na jego wyniki, aby wdrożyć ten model opieki w całej Polsce. Warto podkreślić, że w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych doposażono w sprzęt medyczny ośrodki onkologiczne. Obecnie w ramach Funduszu Medycznego planowane są kolejne środki, które mają być przeznaczone na onkologię. Do tego jeszcze moglibyśmy dodać ustawę 6% i spory wzrost nakładów publicznych na ochronę zdrowia – w tym onkologię, w latach 2020-2023. Niestety z powodu pandemii COVID-19 onkologia znalazła się na bocznym torze. Na szczęście pilotaż KSO przebiega bez zakłóceń i mam nadzieję, że przekona wszystkich do wdrożenia nowego modelu opieki. Zarówno wcześniej, jak i dzisiaj deklaruję otwartość, aby na temat onkologii rozmawiać w ramach obrad Komisji Zdrowia. Mamy również zgodę Pani Marszałek Sejmu RP na powołanie podkomisji, która zajmie się kompleksowo problemami onkologii w Polsce.



Marzanna Bieńkowska, Za-ca Dyrektora Departamentu Dialogu Społecznego i Komunikacji, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

Na podstawie sygnałów, które wpływają w ramach pracy Telefonicznej Informacji Pacjenta 800-190-590 podejmujemy działania w kierunku wsparcia pacjenta i jego bliskich. W 2020 r. takich interwencji podjęliśmy około 5,5 tys. Zwiększyliśmy liczbę osób, które udzielają pomocy i wsparcia. Współpracujemy z organizacjami pozarządowymi, które zgłaszają nam wszystkie trudności, na jakie napotykają pacjenci, nie tylko onkologiczni. Z punktu widzenia praw pacjenta istotna jest właściwa opieka psychologiczna. Pacjenci boją się, że nie będą mieli wsparcia psychologicznego podczas kwarantanny lub izolacji. Informujemy pacjentów, że nie funkcjonują tylko teleporady, ale są też możliwe wizyty bezpośrednie w placówce. Wiemy, że są realizowane lekarskie wizyty domowe, zwłaszcza dla pacjentów paliatywnych. Jest też kwestia dodatkowej opieki pielęgnacyjnej i odwiedzin pacjentów przebywających w szpitalu. Polscy pacjenci są przyzwyczajeni do odwiedzin, do poczucia, że ktoś blisko przy nich jest. W czasie pandemii COVID-19 jest z tym problem. Dlatego Rzecznik Praw Pacjenta wystosował apel do podmiotów leczniczych o złagodzenie przyjętych ograniczeń praw



pacjenta, w przypadku pacjentów, u których nie ma podejrzenia zakażenia wirusem. Innym ważnym problemem zgłaszanym do biura RPP jest brak możliwości pożegnania się z osobami bliskimi w trakcie odchodzenia. Dlatego już w maju 2020 r. Rzecznik wystosował pismo do Konsultanta Krajowego w dziedzinie Epidemiologii. W wyniku tego wystąpienia powstały rekomendacje w sprawie umożliwienia bezpiecznego kontaktu rodziny z pacjentem, w przypadku, gdy jest umierający oraz możliwości identyfikacji pacjenta, gdy zgon nie był związany z podejrzeniem zachorowania na COVID-19 i oczywiście pod warunkiem, że podmiot leczniczy nie jest tzw. szpitalem jednoimiennym.

*Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa
Administracyjnego i Gospodarczego,
Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia,
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich*



Rzecznik Praw Obywatelskich dostrzega problemy pacjentów w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Nie jest zapewniona opieka w stanach nagłych, a także w zakresie chorób przewlekłych, czy wymagających niezwłocznej rehabilitacji, np. po wypadku samochodowym, czy udarze mózgu. Dzieje się tak w skutek odwoływanych wizyt i operacji z powodu COVID-19. Odwoływane są w poradniach wizyty kontrolne i badania diagnostyczne. Pacjenci nie mają jasnej informacji, gdzie mogą otrzymać świadczenie zdrowotne. To w przyszłości spowoduje drastyczne wydłużenie kolejek do świadczeń. Obecna sytuacja realnie zagraża życiu i zdrowiu ludzkiemu. Występują sytuacje, w których teleporada, przesunięcie lub odwołanie wizyty jest niemożliwe. Są pacjenci, którzy potrzebują leczenia w punkcie leczniczym, wizyty w gabinecie lekarskim. Mimo upływu dziewięciu miesięcy od początku pandemii COVID-19, sytuacja nie tyle nie uległa poprawie, ile, z perspektywy Rzecznika Praw Obywatelskich, wręcz się pogorszyła. Sygnałów do Rzecznika w sprawie utrudnionego dostępu do leczenia dla chorych onkologicznych spływa bardzo dużo. Pacjenci, ich rodziny, organizacje pacjenckie zgłaszają nierealizowanie opieki zdrowotnej zgodnej ze standardami oraz problemy w dostępie do innowacyjnego, skutecznego leczenia. Utrudniona jest kontynuacja leczenia, kierowanie na kompleksowe badania morfologiczne i immunochemiczne. Nie budzi wątpliwości wprowadzanie ograniczeń w kontaktach pacjenta z bliskimi, w celu ograniczenia zakażenia koronawirusem. Jednakże przy braku wytycznych na poziomie krajowym, wydaje się to działaniem chaotycznym i niejednorodnym. Placówki medyczne stosują bowiem różną praktykę. Obecność rodzica przy dziecku w placówce, szczególnie onkologicznej jest bardzo ważna, jeśli chodzi o zapewnienie potrzeb emocjonalnych pacjenta. Dochodzi również do sytuacji, w których bliscy nie mogą pożegnać się z chorymi, którzy odchodzą. Są zdarzenia, gdzie rodziny mają mylne przekonanie o stanie zdrowia chorego. Niestety, dochodziło do takich sytuacji, w których bliscy pacjenta żyli w przeświadczeniu, że ma się on lepiej, podczas gdy okazywało się, że w wyniku zamieszania, nie zostali oni poinformowani w porę o tym, że chory zmarł. Ta i szereg innych kwestii zostały podniesione w wystąpieniu Rzecznika Praw Obywatelskich w dnia 12 listopada 2020 r., skierowanym do Ministra Zdrowia. Z powyższego wyłania się kilka płaszczyzn samotności w chorobie i problemów z tym związanych. Po pierwsze, samotność dotyczy nie tylko osób odchodzących, lecz także ich bliskich. Powszechny jest problem braku lub utrudnionego kontaktu pacjenta z bliskimi w trakcie hospitalizacji, jak i podczas odchodzenia. Istotną trudność stanowi możliwość realnego uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta przez rodzinę. Ponadto istnieje problem samotnego pobytu w szpitalach najmłodszych pacjentów. Z perspektywy

RPO wydaje się konieczne zapewnienie wsparcia psychologicznego odchodzącemu, jak i jego najbliższymi. Szczególnie należy podkreślić samotność osób starszych, odchodzących w ZOL-ach, DPS-ach, czy hospicjach. W tych placówkach przez całe miesiące odnotowano brak jakiegokolwiek kontaktu ze światem zewnętrznym. Mało tego, że pensjonariusze nie mogli kontaktować się z bliskimi, to często również nie kontaktowali się między sobą, co jest straszne. Ostatnia kwestia nie dotyczy tyle samotności samego pacjenta, ile rodziny. Problem jest bardzo istotny, dotyczy śmierci osoby i braku możliwości identyfikacji ciała.

Dr Leszek Borkowski, Fundacja Razem w Chorobie

Chciałbym się skupić, na tym, co było dzisiaj mniej eksponowane, na zagadnieniu ryzyka działań niepożądanych leków przeciwnowotworowych. W leczeniu wszystkich nowotworów ma to istotne znaczenie. Jeżeli popatrzymy na raka nerki, to tutaj działania niepożądane są niezwykle masywne. I co możemy zrobić? Możemy albo przerwać leczenie, zredukować dawkę albo zakończyć leczenie. Wszystkie te rozwiązania prowadzą do mniejszej efektywności terapeutycznej. W związku z tym, bardzo się cieszę, gdy czytam w różnych publikacjach informacje o preparatach, które są stosowane w danej grupie terapeutycznej, ale mają mniejsze działania niepożądane. Patrząc na ten problem, nie tylko z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta i komfortu leczenia, lecz także, gdy popatrzymy na pieniądze, to leczenie działań niepożądanych kosztuje. Zatem, jeżeli wprowadzamy preparat, który ma mniejsze działania niepożądane, to koszty całkowite leczenia pacjenta spadają. Byłoby bardzo dobrze, gdyby NFZ, AOTMiT i Ministerstwo Zdrowia pochyliły się w sposób bardziej znaczący nad selekcją pozytywną takich leków. Wracając jeszcze do terapii raka nerki, to leki, które są w grupie inhibitorów kinaz tyrozynowych niby są podobne, ale każdy z nich działa troszeczkę inaczej. I to „troszeczkę inaczej”, doprowadza do tego, że udaje nam się pacjentowi pomóc, bo albo mamy przeżycie całkowite większe, albo przeżycie bez progresji, albo bez objawów choroby, albo czas drugiej, kolejnej terapii jest odwleczony w czasie. Te wszystkie kwestie są niezwykle istotne dla rokowania chorego. Uważam, że w każdym leczeniu musi być duża paleta leków, bo mamy różnych pacjentów i każdy jest trochę innym „zegarem biologicznym”. Niby tym samym, a jednak trochę innym. Jeżeli mówimy o własnościach leków, to trzeba również zwracać uwagę na ich profil bezpieczeństwa, czyli działania niepożądane. W raku nerki przykładem takim jest tiwosanib, lek który jest równie skuteczny, jak inne leki z tej grupy, natomiast ma zdecydowanie korzystniejszy profil bezpieczeństwa.



Ksiądz Władysław Duda, Dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej

Bardzo dużym problemem jest samotność pacjentów onkologicznych, w tym także chorych, którzy przebywają w zespole domowej opieki paliatywnej. Chciałbym przede wszystkim, abyśmy sobie uświadomili, że sytuacja pandemii COVID-19 sprawiła, że bardzo wielu domowników przebywa w domach, te domy są pełne ludzi, bliskich sobie, ale w tych domach są również chorzy, którzy w tej sytuacji czują się zagubieni. Mimo tego, że domy są pełne osób, to właśnie oni są zepchnięci na margines. Oczywiście nie można tego uogólniać, ale są takie sytuacje,



że chory w domu pełnym ludzi, bliskich sobie osób czuje się niezauważany. Każdy ma swoje zajęcia. Dzieci są zaangażowane w lekcje, rodzice pomagają dzieciom. Chorzy zaczynają się skarżyć, że ta sytuacja jest nie do wytrzymania, w dodatku na to nakłada się jeszcze fakt ograniczenia wizyt psychologów. Oczywiście, kiedy psycholog musi jechać do domu na rozmowę, to jedzie, ale większości są to telewizyty, które zaczynają pacjentów zniechęcać. Pacjent chciałby mieć kontakt osobisty z terapeutą, chciałby, aby mu ktoś poświęcił czas. A chory bardzo potrzebuje tego czasu. I to naprawdę są bardzo trudne sytuacje natury psychologicznej i duchowej, na które warto zwrócić uwagę.

*Prof. Marcin Czech, Prezes Elekt Polskiego
Towarzystwa Farmakoekonomicznego*

Opieka onkologiczna jest wyzwaniem światowym, europejskim, nie tylko polskim. W tym kontekście chciałbym umieścić narodową strategią onkologiczną i inne dokumenty. W Europie chorobowość i zapadalność na nowotwory to bardzo poważny problem zdrowotny, który w pewnym momencie życia będzie dotyczył 4 na 10 Europejczyków. W Unii Europejskiej, każdego roku diagnozuje się chorobę nowotworową u 3,5 miliona osób i jest to druga przyczyna zgonów. Nowotwory odpowiadają za ok. 20% DALYs (lat życia korygowanych niepełnosprawnością). Należy podkreślić duże znaczenie profilaktyki i wczesnej diagnozy. Uważa się że, aż 40-45% procentów przypadków raka można zapobiec dzięki ich wczesnemu wykrywaniu. Koszty nowotworów wynoszą obecnie ok. 103 mld euro. Odnotowano ponad dwukrotny ich wzrost od 1995 r. Obciążenia nowotworami mają znaczący wpływ nie tylko na europejskie systemy ochrony zdrowia, ale również na europejską gospodarkę. Jednocześnie mamy do czynienia z rosnącymi kosztami leczenia onkologicznego. Wszystkie interwencje, o których dzisiaj rozmawiamy, są interwencjami drogimi. Ceny leków stanowią wyzwanie nie tylko dla krajów Europy Zachodniej, ale przede wszystkim dla Polski, kraju biedniejszego i przeznaczającym mniej na ochronę zdrowia



Wadą obecnego systemu opieki onkologicznej w Polsce jest fragmentacja działań, niewystarczająca koordynacja, a także niedofinansowanie. Ciężar opieki przesunięty jest na opiekę szpitalną. Tymczasem wiele z tych świadczeń można by było wykonać w mniej kosztownych częściach systemu. Cieniem kładzie się na opiekę onkologiczną na pewno pandemia COVID-19, ale nie powinna ona opóźniać ani europejskich, ani polskich planów wdrożenia strategii walki z rakiem. Nie wolno tracić z oczu chorych na raka i zaniedbywać profilaktyki. Według fundacji Alivia, co trzeci pacjent potwierdził, że jego wizyta lub badanie zostało odwołane z powodu pandemii. Polska ma jeden z najwyższych wskaźników zapadalności na nowotwory w Europie i zajmuje ostatnie miejsce w Unii Europejskiej pod względem przeżywalności. Dodatkowe wyzwanie dla Polski to starzenie się społeczeństwa, gdyż jesteśmy jednym z najszybciej starzejących się społeczeństw w Europie. Przez brak kompleksowego podejścia do całego procesu leczenia mamy bardzo różne poziomy jakości świadczenia usług, w związku z czym pojawiają się nierówności w zdrowiu. Są one także związane z niezadowalającym poziomem profilaktyki i ograniczonym dostępem do nowoczesnych terapii. Warto zwrócić uwagę w tym kontekście na cele strategiczne Narodowej Strategii Onkologicznej. Wysoka jakość świadczeń zgodnych z aktualną wiedzą

medyczną powinna prowadzić do wzrostu efektywności. Warto także zwrócić uwagę na efektywność i zasadność angażowania środków publicznych w zakresie finansowania leków. Bardzo ważnymi działaniami jest Fundusz Medyczny oraz projekty Agencji Badań Medycznych. Myślę że ważnym wyzwaniem, które stoi przed nami jest nowelizacja ustawy refundacyjnej wraz ze zmianami ułatwiającymi procesy podejmowania decyzji o refundacji i zastosowania różnych instrumentów dzielenia ryzyka. Dlaczego to jest potrzebne? Mamy terapie ograniczone w czasie, terapie genowe i komórkowe, które wymuszają na nas stosowanie nowych instrumentów dzielenia ryzyka i wydłużanie horyzontu czasowego finansowania. Terapie spersonalizowane podnoszą efektywność terapii nowotworowych. Wyzwaniem jest również uaktualnienie programów lekowych, przesunięcie wybranych programów lekowych do katalogu chemioterapii oraz przesuwanie terapii w liniach leczenia. Warto zwrócić uwagę na skrócenie i uproszczenie procesu w Ratunkowym Dostępie do Technologii Lekowych. Bardzo się z tego cieszę, bo RDTL na pewno przyczynił się do uratowania życia wielu chorych w Polsce. Nie bez znaczenia jest Narodowy Program dla Chorób Rzadkich, który jest praktycznie gotowy wraz z rzadkimi nowotworami, które są jego częścią i pomysł analizy wielokryterialnej w refundacji leków stosowanych w chorobach rzadkich, jako jednej z opcji uzasadnienia procesu decyzyjnego.

Każde porozumienie ponad polityczne, które służy pacjentom zasługuje na wsparcie. Ja w ogóle widziałbym „eksperckość” zamiast polityki w całym sektorze ochrony zdrowia, bo on dotyczy wszystkich, niezależnie od tego kto rządzi. Co więcej, reforma systemu ochrony zdrowia jest jak sztafeta działań, w której każdy następny Minister Zdrowia jest w stanie przejąć pałeczkę niezależnie od opcji politycznej. System ochrony zdrowia jest bardzo trudno reformować, jeżeli nie ma długofalowej realizacji celów i wdrażania rozwiązań. Natomiast Europa ma na pewno dużo większy potencjał działań, widać to chociażby we wszystkich krokach przeciwdziałających pandemii i myślę, że każda płaszczyzna takiego porozumienia, czy w obszarze krajowym, czy w całej Unii Europejskiej jest jak najbardziej pożądana. Jeżeli Europa jest w stanie harmonizować, np. energetykę, rolnictwo, czy handel, to powinna to robić również w obszarze ochrony zdrowia. Właśnie na zdrowiu zależy obywatelom państw członkowskich najbardziej. Cenią je i stawiają, jako najwyższe dobro.

Dr Michał Sutkowski, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

W optymalizacji opieki onkologicznej fundamentalna jest współpraca onkologów i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz rodzinny jest lekarzem podstawowym, a lekarz onkolog jest dla pacjenta onkologicznego medykiem najważniejszym i docelowym. Współpracę powinniśmy przekładać na narzędzia, które zostały użyte w pilotażu KSO. W moim odczuciu, to bardzo dobre rozwiązanie, które poprawia sytuację pacjentów onkologicznych w ogóle. Wydaje mi się, że to jest konieczność oraz, że powrót do normalności będzie powrotem lepszym, jeśli wdrożymy narzędzia komunikacji z pacjentami. Tragizm doświadczenia pandemii powinien pociągnąć za sobą zmiany – stawiania zdrowia na pierwszym miejscu, poprawę zarządzania w onkologii i komunikację z pacjentem.



Bardzo ważnym zagadnieniem są badania diagnostyczne. Przesiewowe badania w kierunku wykrywania wirusa HCV umożliwiają całkowitą jego eradykację. Wirus wywołuje przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C, które jest główną przyczyną raka wątrobowokomórkowego. Tymczasem wciąż ok. 80% ze 130-150 tys. Polaków żyje z zakażeniem, nie zdając sobie z tego sprawy. Kluczowym warunkiem skuteczności działań, zmierzających do eliminacji wirusa ze społeczeństwa, jest wczesna diagnoza osób zakażonych oraz poddanie ich nowoczesnemu leczeniu lekami z tzw. grupy DAA (Direct Acting Antivirals) o blisko 100% skuteczności. Dlatego w Polsce powinny być refundowane badania przesiewowe HCV w podstawowej opiece zdrowotnej.

Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP

Kiedyś uważało się, że instytucje Unii Europejskiej nie powinny w żaden sposób angażować się w kwestie kompetencji państw narodowych w zakresie ochrony zdrowia. Dzisiaj wiemy, że jest inaczej. Wszyscy zdajemy sobie sprawę, że nie da się rozwijać współpracy europejskiej bez rozpoczęcia harmonizacji systemów ochrony zdrowia. Pandemia COVID-19 dobitnie to pokazała.



Inicjatywa Funduszu Odbudowy daje argument do tego, żeby decydować się na bliższą współpracę w dziedzinie badań medycznych. Powstanie Komisji do Spraw Walki z Rakiem w Parlamencie Europejskim jest precedensem, a takie komisje w PE nie powstają często, aby współpraca w dziedzinie medycyny była ściślejsza. Trzeba zrobić następny krok, który eksperci Medycznej Racji Stanu zainicjowali w 2016 r., aby pomyśleć o jakiejś ściślejszej współpracy na poziomie europejskim w dziedzinie zdrowia. Medyczna Racja Stanu proponowała Europejską Unię Zdrowia, podobnie jak Unia Energetyczna w sprawach energetyki. Wiemy, że w sektorze energetyki udało się stworzyć tę współpracę w oparciu o ogólne przepisy traktatu i dodatkowe regulacje. Jak to zrobić, czy zrobić to w oparciu o zaawansowaną współpracę wybranych państw europejskich, którą przewiduje Traktat, czy podpisać w tym kierunku oddzielny traktat, czy podpisać umowę międzynarodową? Tego dzisiaj nie wiem, ale wiem, że możemy już wykonać pierwsze kroki i wrócić do tej idei. Możemy próbować określić ramy prawne oraz zakres działań. To możemy zrobić nawet w tym gronie, w którym dzisiaj jesteśmy. Jak my sobie to wyobrażamy? Pójść z projektem do Parlamentu Europejskiego, znaleźć grupę posłów najlepiej z kilku partii i zacząć rozmawiać z nimi o tej idei? Mam wrażenie, że jest już moment, żeby to zrobić i żeby centralnym elementem tego projektu była onkologia, bo jest ona drugą przyczyną śmierci w skali całej Unii Europejskiej. Jest nadzieja, że to zostanie dobrze przyjęte i będzie komponowało się z założeniami Funduszu Walki z Rakiem oraz doświadczeniami poszczególnych państw członkowskich.

Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii

Jeśli mówimy o komunikacji i przekazywaniu informacji ludziom, którzy mają podejrzenie choroby nowotworowej, to musimy opierać się na faktach. Opóźnienie w szybkiej diagnozie i wdrożeniu standardowego leczenia o trzy miesiące powoduje spadek szans na wyleczenie o 10 proc., natomiast opóźnienie o sześć miesięcy, to spadek szans na wyleczenie o 30 proc. Dzięki działaniom Ministra



Zdrowia zostało zrefundowanych w ostatnich latach wiele nowoczesnych terapii onkologicznych, natomiast ciągle nie nadążamy za światem. Obecnie średnia UE, jeśli chodzi o wydatki na ochronę zdrowia przekroczyła 8% Produktu Krajowego Brutto, a w wielu krajach świata waha się między 8-12% PKB. W Polsce od wielu lat nie widać wyraźnej poprawy wzrostu finansowania, który wynosi ok. 6% PKB. Dzięki Europejskiemu Planowi Walki z Rakiem rysują się możliwości wyrównania szans pomiędzy krajami członkowskimi w dostępie do opieki onkologicznej. Mówi się o holistycznym podejściu do chorego, poczynając od edukacji, prewencji, profilaktyki, przez szybką diagnostykę, leczenie i rehabilitację. To jest również wypracowanie wspólnych standardów dla krajów Unii Europejskiej w zakresie jakości diagnozy, leczenia, tego co się dzieje z pacjentem po leczeniu, czy w przypadku nawrotów. Dzisiaj pacjenci żyją z nowotworem jak z chorobą przewlekłą. W Polsce aktualnie żyje ok. 1 mln osób, u których rozpoznano nowotwór w ciągu ostatnich 10-15 lat. Ta liczba chorych, którzy mają rozpoznanie i dalej powiększa się ze względu na ułatwienie dostępu do nowoczesnych terapii, które przedłużają im życie. Bardzo cieszymy się, że polski pacjent ma dostęp refundacyjny do leków, ale ciągle jest to dostęp tylko do ok. 50 proc. terapii zarejestrowanych w Unii Europejskiej. Myślę, że jeśli będziemy obserwowali Plan Walki z Rakiem i weźmiemy w nim udział, to przyspieszymy ten proces. Nic nie zastąpi edukacji i badań przesiewowych. Pandemia podkreśliła, jak dużo jest do zrobienia. Potrzebny jest program działań profilaktycznych przeznaczony dla chorych na nowotwory, ale i chorujących na choroby cywilizacyjne. Teraz jest odpowiednia chwila do wdrożenia tego planu. Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej udowadnia, że można przyspieszyć proces od diagnozy do leczenia oraz pokazuje ile można zyskać. Przyszedł moment, aby pilotaż z obszaru województw: dolnośląskiego, świętokrzyskiego, podlaskiego i pomorskiego rozszerzył się na cały kraj. Krajowa Sieć Onkologiczna jest jedyną drogą do szybszego i lepszego leczenia pacjenta onkologicznego. Musimy działać mimo pandemii i nie należy niczego opóźniać! Apelowaliśmy od marca 2020 r. do decydentów, aby pandemia COVID-19 nie wpłynęła na realizację pilotażu KSO, choć wiemy, że opóźnienie jest znaczne. Wiemy, że jest Fundusz Medyczny, że reformowany jest Ratunkowy Dostęp do Terapii Lekowych i wiemy, jak wygląda realizacja unitów narządowych. Wszystko to dzieje się w czasie pandemii COVID-19. Mam nadzieję, że dzięki e-zwolnieniu, e-receptcie, e-poradzie nastąpi racjonalizacja i optymalizacja opieki. Oczywiście porada elektroniczna nie zastąpi wizyty bezpośredniej, która potrzebna jest tak bardzo w przypadku chorób nowotworowych. Według opracowanych prognoz przez najbliższe lata będziemy obserwować skutki pandemii w zakresie onkologii.

Bardzo dziękuję wszystkim uczestnikom i ekspertom biorącym udział w konferencji. Pani Redaktor Iwone Schymalli za znakomite prowadzenie spotkania. Dziękuję Annie Jasińskiej, Grażynie Mierzejewskiej, Łukaszowi Cabajowi za organizację konferencji i wielki wkład pracy w przygotowanie

tego wielkiego przedsięwzięcia. Przekonałem się również, że raporty z konferencji są czytane nie tylko przez lekarzy, ekspertów, ale mają także większy zasięg.

Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia

Dyskusja o onkologii nie może przebiegać w oderwaniu od finansowania oraz optymalizacji systemu ochrony zdrowia. Raport OECD pt. „Health at the Glance: Europe 2020” pokazuje, że Polska wydaje na ochronę zdrowia 1 511 euro PPP na głowę mieszkańca rocznie, gdy średnia dla Unii Europejskiej wynosi 2 572 euro PPP. Czesi wydają 2 323 euro PPP, czyli blisko średniej unijnej i dlatego we wszystkich rankingach wyprzedzają Polskę. Finansowanie ochrony zdrowia na poziomie minimum średniej unijnej jest warunkiem właściwego funkcjonowania infrastruktury, kadr oraz wszystkich rozwiązań, które będziemy wprowadzać – także w onkologii.



4. Wnioski i rekomendacje

Wnioski	Rekomendacje dla Polski
Na choroby nowotworowe każdego roku zapada ponad 160 tys. Polaków, a ok. 100 tys. umiera z ich powodu. Polska ma jeden z najwyższych wskaźników zapadalności na nowotwory w Europie i choć wskaźnik śmiertelności oscyluje wokół średniej europejskiej, to wskaźnik przeżywalności jest niższy od średniej dla UE.	Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii oraz opieki paliatywnej.
Zgodnie z raportem OECD Health at the Glance Europe 2020, wydatki na zdrowie per capita w 2019 r. wyniosły w Polsce 1 511 euro PPP, a średnia europejska to 2 572 euro PPP. W Czechach jest to 2 323 euro i dlatego Czesi wyprzedzają Polskę we wszystkich wskaźnikach zdrowotnych.	Rekomendowany jest ciągły wzrost finansowania ochrony zdrowia – w tym przede wszystkim diagnostyki i terapii nowotworów.
Pandemia COVID-19 prowadzi do utrudnionego dostępu chorych z nowotworem do diagnostyki i terapii. Sytuacja epidemiologiczna nie powinna być przesłanką do zahamowania diagnostyki i procesu leczenia nowotworów.	Każda placówka medyczna, realizująca opiekę terapii nowotworów powinna mieć procedury i odpowiednie zasoby, aby prowadzić bezpieczną opiekę medyczną. Najwyższym priorytetem jest dostęp i kontynuacja wielospecjalistycznego leczenia chorych na raka.
Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej ruszył w lutym 2019 r. w województwach dolnośląskim	Rekomendowane jest wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej na terenie całego kraju, w celu

i świętokrzyskim, potem dołączono podlaskie i pomorskie. Pilotaż dotyczy nowego modelu organizacji opieki onkologicznej w pięciu typach nowotworów – piersi, płuca, jelita grubego, jajnika i gruczołu krokowego. Obejmuje 6 tys. pacjentów, którzy mają zapewnioną skoordynowaną i kompleksową opiekę w ośrodku koordynującym i placówkach z nim współpracujących.	zmniejszenia nierówności w dostępie do leczenia nowotworów i poprawy jego wyników.
W 2017 r. z powodu raka płuca zmarło ok. 23 tys. osób.	Rekomenduje się wprowadzenie Lung Cancer Units oraz refundację pembrolizumabu i ozymertynibu w I linii terapii raka płuca oraz durwalumabu. Zalecane jest zaktualizowanie zapisów programu lekowego B.6. Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca (ICD-10 C 34). Ważne jest prowadzenie badań przesiewowych dla grup ryzyka. Istotne jest również zagwarantowanie chorym kompleksowej diagnostyki na wczesnym etapie rozpoznania, tak by w pełni mogli skorzystać z rozwiązań medycyny personalizowanej. Warto też podjąć działania mające na celu zwiększenie odsetka pacjentów korzystających z jednoczasowej radiochemioterapii.
W 2017 r. z powodu nowotworów żeńskich narządów płciowych zmarło ok. 7 tys. osób.	Rekomenduje się ukierunkowane molekularnie leczenie podtrzymujące inhibitorami PARP w I linii leczenia (olaparyb). Zastosowanie tej terapii u nowo zdiagnozowanych chorych na raka jajnika BRCA-zależnego przynosi spektakularne efekty w postaci wydłużenia mediany czasu do progresji lub zgonu o ponad 3,5 roku i przynosi oszczędności ekonomiczne (średni czas leczenia w I linii jest ograniczony do maksymalnie 24 miesięcy, przez co jest o połowę krótszy niż w nawrocie choroby). Rekomenduje się refundację publiczną inhibitorów PARP: niraparybu i olaparybu w leczeniu pacjentek z nawrotowym rakiem jajnika, niezależnie od statusu mutacji BRCA. U pacjentek z mutacją w genach BRCA zastosowanie w II linii leczenia pozwala na czterokrotne wydłużenie czasu przeżycia wolnego od progresji choroby w porównaniu

	z placebo. Dla pacjentek bez mutacji BRCA terapia podtrzymująca nie jest obecnie refundowana. Rekomenduje się dalsze usprawnienia w zakresie wykonywania badań w kierunku mutacji BRCA u chorych na wczesnym etapie diagnozy raka jajnika.
W 2017 r. z powodu nowotworów układu moczowego zmarło ok. 7 tys. osób.	Rekomenduje się refundację tiwozanibu, jako ważną alternatywną opcję terapeutyczną w leczeniu I linii terapii celowanej u pacjentów z rakiem nerkowokomórkowym, z uwagi na wysoką skuteczność kliniczną leku, mniejszą liczbę działań niepożądanych, a także korzystny profil bezpieczeństwa, mogący zmniejszyć uciążliwość terapii dla pacjentów.
W zakresie diagnostyki raka jelita grubego najlepszym sposobem pozostaje kolonoskopia.	Rekomendowana jest kampania zwiększająca świadomość społeczną w zakresie badań oraz rutynowe stosowanie znieczulenia podczas badania kolonoskopowego. Ze względów epidemiologicznych i psychologicznych rekomendowane jest zachęcanie pacjentów do poddawania się badaniom na obecność krwi w kale.
Badania diagnostyczne mają ogromne znaczenie w przypadku raka wątroby. Przesiewowe badania w kierunku wykrywania wirusa HCV umożliwiają całkowitą jego eradykację. Wirus wywołuje przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C, które jest główną przyczyną raka wątrobowokomórkowego.	Zaleca się wprowadzenie programu badań przesiewowych HCV w podstawowej opiece zdrowotnej.
W 2017 r. z powodu nowotworów krwi zmarło ok. 3 tys. osób.	U chorych na szpiczaka plazmocytozowego rekomendowana jest poprawa dostępu w I linii terapii do lenalidomidu i u chorych opornych nawrotowych rozszerzenie wskazań do karfilzomibu oraz icksazomibu. Poszerzenie programu lekowego o schemat karfilzomib z deksametazonem (Kd) pozwoliłoby znacznie skuteczniej leczyć wybraną grupę pacjentów. Dla chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową rekomendowane jest rozszerzenie dostępu do akalabrutynibu lub/i ibrutynibu w pierwszej linii leczenia oraz do wenetoklaksu w schemacie

	rocznej terapii z obinutuzumabem. Rekomenduje się refundację publiczną procedury CAR-T u chorych z oporną bądź nawrotową postacią ostrej białaczki limfoblastycznej i u chorych na chłoniaki agresywne.
W Polsce nadal jest ograniczony i opóźniony dostęp do rejestrowanych w Unii Europejskiej terapii przeciwnowotworowych.	Rekomendowane jest ciągłe uaktualnianie programów lekowych i przesuwanie leków do katalogu chemioterapii lub na listę apteczną, przesunięcie terapii w ramach linii leczenia oraz zreformowanie Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych. Kluczowe jest także wprowadzenie na szerszą skalę instrumentów dzielenia ryzyka i rejestrów medycznych oraz nowe podejście do terapii ograniczonych w czasie.

5. Materiały przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu wybranych wyzwań terapii guzów litych i nowotworów krwi w Polsce

Rak płuca

Jak wskazują statystyki, 40% pacjentów z rakiem płuca to osoby w wieku produkcyjnym (poniżej 65. roku życia). Co roku z powodu raka płuca umiera ok. 23 tys. chorych, co stanowi ok. 24% wszystkich zgonów w następstwie nowotworów. Liczba zgonów spowodowanych rakiem płuca jest równa łącznej liczbie zgonów z powodu aż 5 nowotworów, na leczenie których przeznaczane są największe środki budżetowe – raka piersi, czerniaka, raka jelita grubego, szpiczaka mnogiego oraz raka nerki. Łącznie na leczenie w ramach programów lekowych: raka piersi, czerniaka, raka jelita grubego, szpiczaka mnogiego i raka nerki – 5 nowotworów z najwyższymi nakładami finansowymi na leczenie - NFZ przeznacza rocznie ok 1,2 mld PLN. Tymczasem na program lekowy raka płuca, w 2019, przeznaczono 8 razy mniej – ok. 159 mln PLN. Rocznie tylko ok. 2 tys. pacjentów z rakiem płuca jest leczonych w ramach programu lekowego, co odpowiada zaledwie 10-15% rocznej liczby zachorowań. To, w najlepszy sposób, obrazuje ogromną potrzebę dodania nowych innowacyjnych cząsteczek do tego programu, a co za tym idzie wzrostu finansowania w ramach tego programu lekowego. Większość pacjentów z rakiem płuca diagnozowana jest w Polsce w zaawansowanym IV stadium choroby. Do tej pory dla tych pacjentów możliwe było jedynie leczenie paliatywne, ale od jakiegoś czasu dostępne są także innowacyjne leki umożliwiające znaczne wydłużenie ich życia, a nawet wyleczenie. W tym przypadku podstawą leczenia nadal jest tylko i wyłącznie chemioterapia. Od lat 70. XX w. do 2012 roku, wskaźnik 5 letnich przeżyć w przypadku raka płuca wzrósł z poziomu

12% do zaledwie 19%. 80% chorych z rakiem płuca to pacjenci w IV stadium zaawansowania choroby. Choć Ministerstwo Zdrowia stara się refundować nowe cząsteczki stosowane w terapii raka płuca, to ze względu na ograniczony zakres refundacji, leczeniem objęto wyłącznie bardzo wąskie grupy pacjentów (pacjentów z obecnymi mutacjami EGFR czy ALK stanowiących zaledwie do 15% wszystkich chorych w tym stadium). Występują znaczne nierówności w zakresie dostępu do innowacyjnych rozwiązań terapeutycznych pomiędzy I a II linią leczenia u chorych z IV stadium zaawansowania raka płuca. W przypadku II linii leczenia wszyscy pacjenci mają dostęp do przynajmniej jednej innowacyjnej terapii (immunoterapii). W przypadku I linii ok. 66% chorych (6-7 tys. z 11 tys.) nadal pozbawionych jest dostępu do immunoterapii (innowacyjnego rozwiązania terapeutycznego). Refundacja immunochemii w I linii zapewni dostęp do innowacyjnej terapii dla nawet 3,5 tys. chorych z rakiem płuca, obecnie całkowicie pozbawionych dostępu do nowoczesnych terapii lekowych. Nowa opcja terapeutyczna – pembrolizumab w połączeniu z chemioterapią w ramach I linii leczenia - może wydłużyć średnią medianę przeżycia o dodatkowe 12 miesięcy. Terapia pembrolizumabem w połączeniu z chemioterapią jest finansowana z budżetu płatnika publicznego już w 25 krajów europejskich, a od 1 sierpnia 2020 r., zarówno typ niepłaskonabłonkowy jak i płaskonabłonkowy niedrobnokomórkowego raka płuca został objęty refundacją w Republice Czeskiej oraz w Grecji. W ostatnich decyzjach refundacyjnych Ministra Zdrowia we wrześniu 2020 r. w raku płuca refundacją został objęty nivolumab - dla pacjentów w II linii leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca o typie niepłaskonabłonkowym, jednak należy pamiętać, że zaledwie 30-40% dożywa II linii leczenia. W wielu obszarach terapeutycznych leczenie I linii jest znacznie skuteczniejsze niż terapia w ramach kolejnych linii leczenia.

Głównym celem, na którym powinniśmy się skupić jest zwiększenie wskaźnika 5-letnich przeżyć w raku płuca. Drogą do tego, obok działań profilaktycznych, jest przede wszystkim pilna poprawa w obszarze diagnostyki patomorfologicznej, molekularnej i genetycznej (standaryzacja, szybkość działania, równomierne rozmieszczenie ośrodków diagnostycznych, jednoczasowość, a nie rozproszenie) oraz zapewnienie dostępu do leczenia nowoczesnymi lekami o udowodnionym wpływie na przeżycia wieloletnie – to one zmieniają obraz leczenia raka płuca. Wartość tych leków została obiektywnie oceniona przez zespół polskich ekspertów, onkologów klinicznych. Na podstawie ich opinii została stworzona lista TOP 10 ONKO, czyli leków najbardziej wyczekiwanych przez klinicystów, o największych korzyściach dla pacjentów. Znalazły się na niej aż 3 leki na raka płuca, w tym na 1. miejscu – durwalumab (terapia konsolidująca po jednoczasowej radiochemioterapii). To jedyny lek dający szansę na całkowite wyleczenie miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP). Wyniki badania PACIFIC w dłuższym horyzoncie czasowym wskazują, że 5 lat przeżywa 37,6% chorych leczonych durwalumabem wobec 19,1% kontrolowanego placebo. Oznacza to, że różnica w odsetku przeżyć 5-letnich (wskaźnik stosowany jako definicja wyleczenia) wynosi 18,5 punktów procentowych (niemal podwojenie odsetka przeżyć 5-letnich). Krótkotrwałe (maksymalnie 12 miesięcy) stosowanie durwalumabu przynosi długotrwałe efekty kliniczne - po 4 latach niemal połowa chorych na durwalumabie nadal żyje. Z kolei zastosowanie ozymertynibu w I linii leczenia zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca daje wydłużenie mediany przeżycia całkowitego o 19,5 miesiąca. Wyniki badania FLAURA w dłuższym horyzoncie czasowym wskazują, że 5 lat przeżywa 32,9% chorych leczonych ozymertynibem wobec 13,0% chorych z grupy leczonej obecnym standardem – czyli mamy różnicę 19,9 punktów procentowych - co oznacza więcej niż podwojenie wskaźnika przeżyć 5-letnich w tej populacji. Jest to jedyny lek spośród leków z grupy EGFR-TKI, który pokonuje barierę krew mózg i dzięki temu działa w przypadku przerzutów do

ośrodkowego układu nerwowego. Istotnym czynnikiem poprawiającym rokowania w raku płuca byłoby systematyczne prowadzenie badań przesiewowych dla grup podwyższonego ryzyka np. palaczy.

Rak nerki

Rak nerkowokomórkowy jest trzecim pod względem zachorowalności nowotworem złośliwym układu narządów moczowo-płciowych. W Polsce rocznie na raka nerki zachorowuje ok. 5 tys. osób, a umiera ok. 2,5 tys. osób. Odsetek przeżyć 5-letnich wśród chorych wynosi w Polsce ok. 54%. Bardzo ważne jest wczesne wykrycie nowotworu. Podstawowa opcja terapeutyczna zarówno dla pacjentów z rakiem nerki, jak i dla wielu innych ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową to chirurgiczne usunięcie guza. Nie jest to jednak możliwe, gdy rak zostaje wykryty w zaawansowanym stadium. Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Urologicznego leczenie chorych z zaawansowanym/przerzutowym rakiem nerki ma charakter multidyscyplinarny i wielokierunkowy. Szansą dla chorych jest szybkie wdrożenie skutecznej farmakoterapii od chwili wykrycia nowotworu. Istotnym elementem terapii jest immunoterapia wykorzystująca m.in. ipilimumab, nivolumab, pembrolizumab z axitinibem, interferon alfa, bewacizumab oraz interleukinę 2. Ważną rolę odgrywają również terapie celowane z inhibitorami kinazy tyrozynowej (sorafenib, sunitynib, pazopanib, aksytynib, kabozantynib, lawantynib, tiwozanib) oraz inhibitory kinazy mTOR (temsirolimus, ewerolimus). Obecnie w ramach programu lekowego B.10 „Leczenie raka nerki (ICD-10 C64)”: w I linii leczenia raka nerki oraz po niepowodzeniu leczenia za pomocą cytokin finansowane są: sunitynib, sorafenib, pazopanib oraz temsirolimus. Leki nowej generacji znacząco poprawiły rokowanie chorych z rakiem nerki. Dlatego też istnieje potrzeba refundacji pozostałych leków zawartych w standardach klinicznych. Potrzebne są znaczące zmiany opisu programu lekowego w raku nerki i objęcie finansowaniem nowych terapii.

Rak jajnika

W Polsce notuje się rocznie blisko 3,5 tys. zachorowań na nowotwór złośliwy jajnika i liczba ta systematycznie rośnie. Ponad 50% dotyczy kobiet między 50. a 69. rokiem życia. Rak jajnika stanowi czwartą przyczynę zgonów wśród wszystkich nowotworów złośliwych występujących u kobiet. Umieralność z powodu nowotworów jajnika w Polsce jest ponad 15% wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej. Niestety około 70% rozpoznanych nowotworów jest diagnozowanych w późnym stadium zaawansowania (stopień III i IV), co znacząco utrudnia skuteczne leczenie. Rozwojowi raka jajnika towarzyszy szereg niespecyficznych objawów. Mogą być to symptomy ze strony przewodu pokarmowego takie jak: wzdęcia, uczucie pełności w brzuchu, odbijania, powiększenie się obwodu brzucha. Rak jajnika rzadziej daje objawy ze strony narządu rodnicowego, jak nieprawidłowe krwawienia czy uczucie ucisku w miednicy. Wymienione objawy mogą się wiązać z innymi schorzeniami, a większość z nich może występować u kobiet, które nie chorują na raka jajnika. Stadium zaawansowania choroby w momencie diagnozy jest jednym z ważniejszych czynników predykcyjnych.

Postępowanie w przypadku raka jajnika obejmuje leczenie chirurgiczne i w większości przypadków chemioterapię opartą na pochodnych platyny. Pomimo wysokiego odsetka odpowiedzi na chemioterapię na bazie platyny w I linii, około 85% pacjentek doświadczy nawrotu choroby. Dla większości z nich schorzenie to staje się cyklem następujących po sobie okresów nawrotów i coraz krótszych okresów wolnych od objawów, aż do etapu braku odpowiedzi na leczenie cytostatykami.

Szansą dla kobiet jest terapia podtrzymująca inhibitorami polimeraz poli-ADP-rybozy (PARP), które hamują wzrost nowotworów.

Priorytetem w przypadku kobiet chorujących na raka jajnika jest jak najszybsze zapewnienie optymalnego leczenia pacjentek z nowo rozpoznany rakiem jajnika w programie lekowym (refundacja olaparybu w I linii). W leczeniu najważniejsze jest maksymalne wydłużenie czasu między kolejnymi nawrotami. W przypadku pacjentek z BRCA-zależnym rakiem jajnika możliwe jest, poza standardową chemioterapią, zastosowanie leczenia podtrzymującego inhibitorami enzymów PARP (olaparyb). Na podstawie wyników badania III fazy SOLO-1 udowodniono, że niemal połowa pacjentek (48,3%) przeżywa bez progresji 5 lat, czyli aż o 3,5 roku dłużej niż obecnie w stosunku do braku leczenia podtrzymującego (placebo) stosując olaparyb w I linii.

W Polsce, ukierunkowane molekularnie leczenie podtrzymujące inhibitorami PARP w I linii (olaparyb) dostępne jest dla pacjentek jedynie w ramach Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych RDTL. Obecne rozwiązanie jest problematyczne - zgodnie z ustawą o Funduszu Medycznym, finansowanie terapii ma odbywać się z budżetu szpitali, które często są zadłużone i nie posiadają dodatkowych źródeł finansowania. Niraparyb to inhibitor PARP podobnie jak olaparyb, który jest refundowany w II linii. Największym problemem jest brak dostępu inhibitorów PARP w I linii leczenia, tj. u nowo diagnozowanych pacjentek (efekty zastosowania leczenia u tych pacjentek są spektakularne). Preparaty, takie jak olaparyb i niraparyb są zarejestrowane do stosowania niezależnie od statusu mutacji BRCA. U pacjentek z mutacją w genach BRCA zastosowanie inhibitorów PARP w II linii leczenia pozwala na czterokrotne wydłużenie czasu przeżycia wolnego od progresji choroby w porównaniu z placebo. Dla pacjentek bez mutacji BRCA terapia podtrzymująca nie jest obecnie refundowana. W Polsce standard postępowania polega na obserwacji chorych, bez aktywnego leczenia (tzw. watch & wait). Jak pokazują wyniki badań, w tej grupie chorych, inhibitory PARP pozwalają na ponad dwukrotne wydłużenie czasu wolnego od progresji w porównaniu z placebo. W krajach takich jak: Niemcy, Francja, Hiszpania, czy Wielka Brytania zarówno pacjentki z mutacją, jak i bez mutacji BRCA mają dostęp do refundowanej terapii inhibitorami PARP.

Rak wątroby

Każdego roku w Polsce rozpoznaje się blisko 3000 zachorowań na nowotwór złośliwy wątroby (rak wątrobowokomórkowy HCC). Plasuje się on na trzecim miejscu na świecie pod względem liczby zgonów z powodu nowotworów złośliwych, co wynika m.in. z braku wczesnych objawów choroby i rozpoznawania jej w zaawansowanych stadiach klinicznych. Najczęściej występującym pierwotnym nowotworem złośliwym wątroby jest HCC (rak wątrobowokomórkowy).

Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C jest główną przyczyną raka wątrobowokomórkowego, a wywołujący chorobę wirus HCV może przez wiele lat niszczyć wątrobę, nie dając jednoznacznych objawów. Wciąż wielu Polaków żyje z zakażeniem, nie zdając sobie z tego sprawy. Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW typu C) jest chorobą przewlekłą wywołaną przez wirus HCV (hepatitis C). Wirus ten został zidentyfikowany w 1989 r. Można się nim zakazić przez krew, gdy dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek. Dzieje się tak głównie przy zabiegach medycznych i pozamedycznych, stomatologicznych, transfuzji krwi, zabiegach kosmetycznych, fryzjerskich, manicure, tatuażu, czy medycyny estetycznej. Dzisiaj na zakażenie są najbardziej narażone osoby, które m.in. były wielokrotnie hospitalizowane, pracują w ośrodkach medycznych, przechodziły transfuzje krwi, miały lub mają kontakt z narkotykami. W przypadku większości osób z wirusem (ok. 75-80%), po ok. 6 miesiącach od zakażenia, dochodzi do jego fazy przewlekłej, co oznacza, że choroba będzie

postępować i prowadzić do poważnych następstw. Zakażenie HCV przebiega bezobjawowo, przez nawet 20-30 lat nie dając charakterystycznych objawów. Według WHO, na świecie żyje ok. 70 mln osób z przewlekłym HCV. W Polsce liczba ta szacowana jest na 150 tys. osób. Z czego aż 80% nie ma wiedzy o swojej chorobie, nieświadomie powodując dalsze zakażenia.

Na WZW typu C nie ma szczepionki, ale obecnie jest to jedyna z chorób przewlekłych, którą da się całkowicie wyleczyć. Przełom w terapii WZW C osiągnięto w 2016 r. po wprowadzeniu do praktyki klinicznej leków z tzw. grupy DAA (Direct Acting Antivirals) – czyli leków działających bezpośrednio na wirusa HCV. To terapie o blisko 100% skuteczności, bezpieczne dla pacjenta i podawane tylko przez kilka tygodni (wcześniej używano w leczeniu WZW C terapii opartej o interferon, która była bardzo obciążająca dla organizmu, skuteczna w ok. 50% i trwała kilkadziesiąt tygodni). To bardzo dobry standard leczenia, zgodny z wytycznymi europejskich towarzystw naukowych, dzięki któremu lekarze mogą wyleczyć niemal każdego pacjenta. Dzisiaj specjaliści dysponują czterema opcjami terapeutycznymi dostępnymi w ośrodkach, w których realizowany jest program lekowy leczenia przewlekłego WZW typu C terapiami bezinterferonowymi (B71), co oznacza, że są one dostępne dla pacjenta bezpłatnie. Krótkie w stosowaniu terapie są szczególnie ważne dziś, kiedy na co dzień zmagamy się z pandemią COVID-19. To dzięki nim pacjent może być wyleczony szybciej, przez co odbywa mniej wizyt w ośrodkach leczenia, jest mniej narażony na inne zakażenia i choroby. Zmniejsza to również wykorzystanie zasobów w szpitalach i tak już bardzo obciążonych ze względu na pacjentów z COVID-19.

Kluczowym warunkiem skuteczności działań, zmierzających do eliminacji wirusa ze społeczeństwa, jest wczesna diagnoza osób zakażonych oraz poddanie ich nowoczesnemu leczeniu. Dostęp do przełomowych terapii WZW C jest ogromną wartością dla polskich pacjentów i zdrowia publicznego. Brakuje jednak funduszy na profilaktykę i testowanie. Wciąż więc wielu Polaków żyje z zakażeniem, nie zdając sobie z tego sprawy. W większości państw Unii Europejskiej wdrożone zostały narodowe plany eliminacji HCV. W Polsce lekarz rodzinny nie może zlecić badania wykrywającego zakażenie. Oczekiwane są decyzje dotyczące finansowania badań przesiewowych w kierunku HCV dla grup największego ryzyka.

Szpiczak plazmocytowy

Szpiczak plazmocytowy jest nowotworem złośliwym układu krwiotwórczego, wywodzącym się z dojrzałych komórek układu odpornościowego, nazywanych plazmocytami. Choroba charakteryzuje się postępującym rozprzestrzenianiem się zmienionych nowotworowo plazmocytów w szpiku kostnym i osłabieniem struktury kości, zwłaszcza kręgosłupa, żeber, mostka, miednicy i czaszki. Obok inwalidztwa związanego z uszkodzeniem kości, następstwem rozwoju choroby jest osłabienie czynności krwiotwórczej szpiku, uszkodzenie nerek i skłonność do zakażeń⁵. W 2016 r.

w systemie płatnika publicznego odnotowano blisko 2,6 tys. nowych zachorowań na szpiczaka plazmocytozowego. Była to wartość nieznacznie wyższa niż w latach 2014-2015. Najczęstszymi pacjentami były kobiety powyżej 65. roku życia, jednak w odniesieniu do wielkości populacji najwyższe odsetki osób chorych występowały w przypadku mężczyzn powyżej 75. roku życia. Spośród nowo rozpoznanych pacjentów blisko 60% było leczonych chemioterapią

⁵ <https://hematoonkologia.pl/info-o-chorobach/szpiczak-plazmocytowy>

dedykowaną szpiczakowi. Prawie 75% pacjentów leczono jednym schematem leczenia. Dominował schemat VTD (32% pacjentów). Autologiczne przeszczepienie komórek krwiotwórczych, sprawozdane u 18% nowo rozpoznanych pacjentów, wykonywane było średnio po upływie 327 dni od rozpoczęcia leczenia. Prawie 400 rozpoznanych w 2016 r. osób (15%) było w latach 2016–2018 uczestnikiem programu lekowego⁶. W raporcie NFZ z 2019 r. wskazano na bardzo krótki średni czas przeżycia pacjentów ze szpiczakiem w Polsce. Poszerzenie programu lekowego o schemat karfilzomib z deksametazonem (Kd), spowoduje wydłużenie mediany OS o 7,4 mies. i pozwoli znacznie skuteczniej leczyć wybraną grupę pacjentów, która obecnie otrzymuje nieoptymalne i droższe leczenie. Karfilzomib w schemacie Kd, zabezpiecza potrzeby szerokiej grupy pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym. Wysoka skuteczność terapii karfilzomibem została wykazana w badaniach klinicznych. W analizach HTA, w ramach oceny klinicznej stwierdzono, że terapia Kd wydłuża istotnie medianę przeżycia całkowitego w porównaniu z terapią lenalidomidem (mediana OS większa o 7,4 miesiąca). Zestawiając wyniki z badań klinicznych ENDEAVOR (dla karfilzomibu) i MM-003 (dla pomalidomidu), mediana OS wynosi 47,8 mies. w grupie otrzymującej karfilzomib oraz 13,1 mies. w przypadku pomalidomidu. Schemat Kd skierowany jest na tę samą grupę pacjentów, która jest objęta obecnym programem lekowym. Dlatego też, dzięki różnicy w koszcie terapii tymi lekami, wprowadzenie schematu Kd przyniesie oszczędności w całkowitym koszcie refundacji leków w tym programie, przy zapewnieniu lepszej skuteczności. Objęcie refundacją produktu leczniczego karfilzomib w połączeniu z deksametazonem rekomenduje pozytywnie Prezes AOTMiT oraz Rada Przejrzystości. Niezaspokojona potrzeba dostępu pacjentów do terapii jest wyrażona między innymi poprzez wnioski o RDTL. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez MZ - do lipca 2020 r. złożonych zostało 16 wniosków o Ratunkowy Dostęp do Technologii Lekowych, z których 11 uzyskało pozytywną decyzję. Wygodniejszy schemat dawkowania pozwala też na rzadsze wizyty chorego w ośrodku onkologicznym, co ma kluczowe znaczenie w czasie pandemii i jest efektywniejsze kosztowo.

W Polsce leczenie szpiczaka plazmocytowego to nadal duże wyzwanie. Na świecie co roku pojawia się kilka przełomowych innowacji – szczególnie dla pacjentów którzy mają już oporność na dotychczasowe leczenie lub cierpią na nawrotowego szpiczaka. Te nowe metody postępowania mogą znacząco poprawić wyniki leczenia i jakość życia pacjentów. Szczególnie kolejne linie leczenia szpiczaka plazmocytowego są obecnie w polskim programie lekowym suboptymalnie zaopatrzone jeśli chodzi o leki innowacyjne. Pacjenci w dalszych liniach otrzymują wciąż leczenie, które jest stosowane w I/II linii leczenia. Nie ma jeszcze refundacji dla leków wskazanych w III i dalszych liniach leczenia – kolejnych nowych terapii, na które nie ma oporności i które zabezpieczają u prawie 100% pacjentów optymalne leczenie we wszystkich grupach ryzyka np. – isatuximab + pomalidomid. To leczenie w liniach III i kolejnych oraz w innych subpopulacjach daje szansę na znaczący efekt terapeutyczny dla pacjentów z nawrotowym i opornym szpiczakiem. Idealnym rozwiązaniem byłoby udostępnienie nowych terapii wszystkim pacjentom w kolejnych liniach po nabyciu przez nich oporności lub przy nieskuteczności wcześniejszych metod leczenia. Pamiętać należy również o grupach pacjentów, które na podstawie wyników badań uzyskują proporcjonalnie najlepsze korzyści terapeutyczne – np. pacjenci z funkcjonalnym zaburzeniem czynności nerek. Innym

⁶ <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=55>

przykładem może być grupa chorych z wysokim ryzykiem cytogenetycznym lub w zaawansowanym wieku.

Przewlekła białaczka limfocytowa

Przewlekła białaczka limfocytowa (PBL) jest wolno postępującym nowotworem krwi, powstającym w wyniku mutacji komórki z jednego rodzaju limfocytów, zwanych limfocytami B. Jest najczęstszą postacią białaczki i odpowiada za około jedną trzecią nowych rozpoznań białaczki w Unii Europejskiej. PBL jest uważana za chorobę nieuleczalną i staje się trudniejsza do leczenia za każdym razem, gdy powraca. Jednym z celów terapii u chorych na PBL jest uniknięcie powstania opornych na leczenie komórek nowotworowych. Aby osiągnąć ten cel już w I linii leczenia należy zastosować leczenie przeciwnowotworowe, które pozwala na zmniejszenie liczby lub całkowitą eliminację komórek nowotworowych we krwi. Dzięki temu pacjent może żyć bez objawów choroby przez wiele lat.

W zeszłym roku decyzją Ministra Zdrowia pacjenci z oporną i nawrotową postacią PBL otrzymali dostęp do przełomowej terapii skojarzonej wenetoklaksu z rytuksymabem w II linii leczenia przy szybkim nawrocie choroby, zyskując tym samym dostęp do pierwszego innowacyjnego i wolnego od chemii leczenia, które ma określony czas podawania – 2 lata. Pacjenci z PBL, którzy obciążeni są licznymi chorobami współistniejącymi wymagają leczenia celowanego, które pozwoli na precyzyjną eliminację komórek nowotworowych, przy zachowaniu dobrego stanu ogólnego. W chwili obecnej posiadają oni dostęp do innowacyjnej terapii w II linii, jednakże w I linii mają dostęp jedynie do leczenia z wykorzystaniem chemioterapii, która poprzez swoje działanie ogólnoustrojowe prowadzi do znacznego osłabienia organizmu.

Wiosną tego roku zarejestrowano kolejną terapię wolną od chemioterapii z ograniczonym do 1 roku czasem podawania – terapia lekiem wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem uzyskała pozytywną decyzję Komisji Europejskiej o rejestracji do stosowania u pacjentów z wcześniej nieleczoną przewlekłą białaczką limfocytową (decyzja z 9 marca 2020 r.). Leczenie pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową wenetoklaksem w skojarzeniu z obinutuzumabem w I linii pozwala na uzyskanie głębokich odpowiedzi mierzonych rzeczywistym zmniejszeniem lub całkowitą eradykacją komórek nowotworowych we krwi (negatywizacja choroby resztkowej, uMRD). W konsekwencji terapia pacjenta ograniczona jest wyłącznie do 1 roku i wpływa na długi czas wolny od progresji po zakończeniu leczenia. Jest to nie tylko korzyść dla pacjenta, który po roku zostaje uwolniony od leczenia, lecz także dla płatnika, dzięki przewidywalności kosztów terapii oraz oszczędności związanych z odsuwaniem w czasie kolejnych interwencji.

Obecne wytyczne coraz częściej odzwierciedlają trend przesuwania innowacyjnych terapii już do I linii leczenia, zamiast traktowania ich jako terapii ostatniej szansy – pokazują to najnowsze wytyczne Europejskiego Towarzystwa Onkologii Medycznej (ESMO), które rekomendują zastosowanie terapii skojarzonej wenetoklaksu z obinutuzumabem już w I linii leczenia u pacjentów z PBL. Inną opcją jest stosowanie akalabrutynibu lub ibrutynibu. Taką samą rekomendację wprowadziły na początku 2020 r. wytyczne amerykańskie National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Ponadto pacjenci z PBL leczeni także na inne choroby współistniejące mają wyższe ryzyko interakcji międzylekowych, co obniża skuteczność poszczególnych terapii i zmniejsza bezpieczeństwo pacjenta. W takiej sytuacji możliwość zastosowania u nich terapii, która jest ograniczona w czasie stanowi dodatkową korzyść.

Istnieje niezaspokojona potrzeba zapewnienia tej grupie pacjentów leczenia celowanego, wolnego od chemioterapii i ograniczonego w czasie, które działając precyzyjnie na komórki nowotworowe ograniczy ryzyko wystąpienia działań niepożądanych. Udostępnienie kolejnej innowacyjnej terapii określonej w czasie pozwoli na podniesienie standardu opieki nad pacjentami z PBL, którzy leczeni będą zgodnie z najnowszymi międzynarodowymi wytycznymi.

Eksperti zagranicznych i polskich towarzystw naukowych (Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej – ESMO, Europejskiego Stowarzyszenia Hematologicznego – EHA, Amerykańskiego Towarzystwa Hematologicznego – ASH, Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów – PHiT, Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej) w dobie trwającej pandemii COVID-19 wskazują na konieczność dostosowania prowadzonej terapii w taki sposób, aby ograniczyć liczbę wizyt w szpitalach, czemu sprzyja stosowanie terapii doustnych. Akalabrutynib lub/i ibrutynib, to w pełni doustne terapie PBL, które pozwalają ograniczyć liczbę wizyt pacjenta w placówkach medycznych, zwiększając jego bezpieczeństwo w dobie pandemii COVID-19.

Chłoniaki rozlane z dużych komórek B (DLBCL)

Chłoniaki to choroby nowotworowe wywodzące się z komórek tkanki chłonnej, charakteryzujące się klonalnym rozrostem komórek limfoidalnych, odpowiadających różnym stadiom zróżnicowania prawidłowych limfocytów B, T lub naturalnych komórek cytotoksycznych. Chłoniaki rozlane z dużych komórek B (DLBCL) to grupa nowotworów układu chłonnego wywodząca się z dojrzałych, obwodowych limfocytów B. Jest to najczęściej występująca grupa chłoniaków spośród wszystkich nowotworów układu chłonnego (ok. 35%), w tym chłoniaków agresywnych (ok. 80%). Chłoniaki rozlane z dużych komórek B (DLBCL) należą do grupy agresywnych — przeżycie chorych bez skutecznego leczenia wynosi od kilku do kilkunastu miesięcy. Początek choroby zwykle obejmuje pojedynczy region węzłowy lub pozawęzłowy, ale taka zmiana nieleczone szybko szerzy się drogą naczyń krwionośnych i limfatycznych do odległych węzłów chłonnych i innych narządów. Standardem postępowania u większości chorych na DLBCL jest zastosowanie immunochemioterapii lub alternatywnej chemioterapii. Immunochemioterapia pozwala u większości pacjentów (ok. 65%) uzyskać całkowitą remisję choroby. Niestety, chorzy z pierwotną opornością na ten schemat leczenia lub ci, u których wystąpił nawrót choroby mają złe rokowania. W takim przypadku najczęściej stosuje się wysokodawkową chemioterapię z przeszczepieniem autologicznych komórek macierzystych (auto-HSCT). Losy pacjentów w III i kolejnej linii leczenia, analizowane były w badaniu SCHOLAR-1. Wyniki wskazują, że uzyskanie obiektywnej odpowiedzi jest możliwe jedynie u 26% z tych pacjentów, a całkowitą remisję uzyskano tylko u 7% z nich. Mediana całkowitego przeżycia wynosi w tej populacji 6,3 miesiąca. Z uwagi na bardzo złe rokowanie tej grupy chorych, koniecznym wydaje się zaproponowanie innego leczenia ratunkowego. Takim leczeniem ratunkowym i jednocześnie nową nadzieją na zdrowie jest procedura CAR-T, polegająca na pobraniu od pacjenta jego własnych limfocytów T, które są następnie genetycznie modyfikowane w warunkach *ex vivo* metodą transdukcji retrowirusowej, w celu uzyskania ekspresji chimerowego receptora antygenowego (ang. chimeric antigen receptor, CAR). Limfocyty CAR-T anty-CD19 są następnie namnażane i z powrotem wprowadzane za pomocą infuzji do organizmu pacjenta, gdzie mogą rozpoznawać i eliminować komórki docelowe prezentujące antygen CD19, znajdujący się między innymi na komórkach chłoniaka. Skuteczność terapii CAR-T jest niewspółmiernie wyższa niż dotychczas stosowane leczenie. To szansa dla chorych, którzy stracili już nadzieję. Pierwsi polscy pacjenci uzyskali już możliwość leczenia

tą innowacyjną metodą na przełomie 2019 i 2020 roku, a wyniki ich leczenia są bardzo dobre. Terapie te udostępnione zostały przez jedną z dwóch firm, które do tej pory zarejestrowały leczenie. Technologia CAR-T wciąż jednak nie jest finansowana w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych, a więc w Polsce pacjenci wciąż nie mają do niej dostępu. Polska należy dziś obok Słowacji do ostatnich krajów Unii Europejskiej, w których CAR-T nie jest finansowane. CAR-T diametralnie zmienia podejście do postępowania z pacjentem - zamiast cyklicznego leczenia mamy do czynienia z pojedynczą procedurą (jeden 30-minutowy wlew). Aby jednak sprostać wymogom zarówno szpitala, jak i zatrudniony w nim personel medyczny musi spełniać ściśle określone warunki, a to wymaga edukacji i stałego podnoszenia kwalifikacji czego nie zabezpieczy standardowy program lekowy.

Pacjenci i klinicyści oczekują pozytywnej decyzji refundacyjnej Ministra Zdrowia umożliwiającej stosowanie CAR-T dla ratowania życia polskich pacjentów. Dostęp do niej jest największym wyzwaniem dla polskiej hematologii. Proces refundacyjny jest w toku. Terapia CAR-T ma udowodnioną skuteczność u chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną i na chłoniaki agresywne, będąc ratunkiem dla tych, dla których nie ma innej opcji leczenia, czyli u chorych z chorobą oporną. Jej dostępność w Polsce jest ważna również w kontekście wyrównywania szans między polskimi pacjentami, a pacjentami w innych krajach europejskich. Beneficjentami tej przełomowej metody leczenia jest obecnie w naszym kraju 10 osób. W przypadku chorych na agresywne chłoniaki typu B, były to darowizny firmy farmaceutycznej, która produkuje tę technologię, natomiast w przypadku chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną, we wszystkich przypadkach były to zbiórki społeczne. Wyrównanie szans polskich pacjentów, skutkujące sytuacją, w której do systemu refundacyjnego będzie mógł wejść każdy pacjent potrzebujący leku ratującego życie, to jedno z podstawowych wyzwań systemowych i obowiązków etyczny.

6. Rada Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu

1. Prof. Mariusz Bidziński – Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej NIO-PIB
2. Dr Leszek Borkowski – Farmakolog kliniczny, Szpital Wolski Warszawa
3. Prof. Piotr Chłosta – Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego
4. Prof. Chorostowska-Wynimko – Zastępca Dyrektora ds. naukowych, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc
5. Prof. Bożenna Dembowska-Bagińska – Kierownik Kliniki Onkologii Dziecięcej, wicedyrektor CZD
6. Prof. Monika Długosz-Danecka – Zespół Leczenia Chłoniaków, Instytut Onkologii Kraków
7. Prof. Rafał Dziadziuszko – Konsultant Krajowy w dziedzinie Radioterapii Onkologicznej
8. Prof. Krzysztof Giannopoulos – Kierownik Oddziału Hematologicznego Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej, Kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej przy UML, prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji
9. Prof. Sebastian Giebel – Kierownik Kliniki Transplantologii Szpiku i Onkohematologii NIO-PIB
10. Dr Jakub Gierczyński, MBA – ekspert systemu ochrony zdrowia
11. Prof. Iwona Hus – Klinika Hematologii IHiT
12. Dr Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld – Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO-PIB
13. Prof. Krzysztof Jamroziak – Klinika Hematologii IHiT
14. Prof. Wiesław Jędrzejczak – Katedra i Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych WUM

15. Prof. Andrzej Kawecki – Kierownik Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi NIO-PIB
16. Dr Mariola Kosowicz – Kierownik Poradni Psychoonkologii NIO-PIB
17. Prof. Dariusz M. Kowalski – Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej NIO-PIB
18. Dr Leszek Kraj – Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych WUM
19. Prof. Paweł Krawczyk – Kierownik Pracowni Immunologii i Genetyki UML
20. Prof. Maciej Krzakowski – Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii Klinicznej
21. Prof. Adam Maciejczyk – Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii
22. Prof. Ewa Lech-Marańda – Konsultant Krajowy w dziedzinie Hematologii
23. Prof. Andrzej Marszałek – Konsultant Krajowy w dziedzinie Patomorfologii
24. Dr Janusz Meder – Prezes Polskiej Unii Onkologii
25. Prof. Tadeusz Orłowski – Kierownik Kliniki Chirurgii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
26. Prof. Tadeusz Pieńkowski – Kierownik Kliniki Onkologii i Hematologii CSK MSWiA
27. Prof. Rodryg Ramlau – Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
28. Prof. Jarosław Reguła – Kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej NIO-PIB
29. Prof. Piotr Rutkowski – Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków NIO-PIB
30. Prof. Krzysztof Składowski – Krajowy Konsultant w dziedzinie Radioterapii Onkologicznej, Kierownik I Kliniki Radioterapii i Chemioterapii NIO-PIB Gliwice
31. Prof. Rafał Wiesław Stec – Kierownik Kliniki Onkologii w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM
32. Dr Michał Sutkowski – Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Uczelnia Łazarskiego
33. Prof. Jerzy Walecki – Konsultant Krajowy w dziedzinie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, CSK MSWiA
34. Prof. Jan Walewski – Dyrektor NIO-PIB
35. Prof. Marek Wojtukiewicz – Kierownik Kliniki Onkologii, UM w Białymstoku
36. Prof. Piotr Wysocki – Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej.

7. Tezy dla Zdrowia

W trosce o zdrowie polskiego społeczeństwa, rozumiane jako najwyższej notowana wartości w życiu osobistym każdego z nas, a także istotny gwarant bezpieczeństwa narodowego, powstał *think-tank* „Medyczna Racja Stanu”. 29 czerwca 2018 r. pod Patronatem Księdza Kardynała Kazimierza Nycza w siedzibie Polskiej Akademii Nauk odbyła się zorganizowana przez ISP PAN, PUO, Kolegium Lekarzy Rodzinnych i Green Communication, systemowo-ekspercka debata prezentująca inicjatorów powołania *think-tanku*, skład Rady Naukowej oraz Tezy dla Zdrowia, wytyczające kierunki niezbędnych zmian w systemie ochrony zdrowia. Po trwających kilka miesięcy dyskusjach i konsultacjach powstała obecna wersja Tez dla Zdrowia, w których proponujemy:

1. PRZYJĘCIE ZASADY „ZDROWIE W POLITYCE”

ZDROWIE znajduje się na pierwszej pozycji naszych potrzeb. Nie stało się jednak priorytetem programu żadnej partii politycznej. Proponujemy zapisanie w regulaminie Sejmu zasady dorocznego expose

Premiera dotyczącego wyzwań związanych ze zdrowiem Polaków, wygłaszanego w Światowym Dniu Chorego (11 lutego) i odnoszącego się do aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia.

2. PROPAGOWANIE, KONTROLOWANIE I NAGRADZANIE POSTAW SŁUŻĄCYCH TROSCE O JAKOŚĆ

JAKOŚĆ powinna stać się wyznacznikiem wszelkich działań w obszarze ochrony zdrowia, poczynając od stosunku do pacjenta, dbałości o jego dostęp do wykwalifikowanych kadr, procedur diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych, przez kadry i procesy decyzyjne zapobiegające marnotrawieniu rosnących środków na opiekę medyczną i służących racjonalizacji wydatków. Wszystko to z myślą o budowaniu międzypokoleniowej atmosfery *continuous improvement* – ciągłej poprawy, jako głównego elementu zarządzania przez jakość.

3. PRZYJĘCIE, ŻE NAJWAŻNIEJSZE REFORMY POWINNY ZOSTAĆ PRZEPROWADZONE W CIĄGU 5 LAT. NAZYWAMY TO ZASADĄ „HORYZONT 2023”

Proponujemy by po zakończeniu społecznych konsultacji dotyczących Tez dla Zdrowia podpisana została pod patronatem Prezydenta RP, umowa społeczna uwzględniająca najważniejsze reformy w systemie ochrony zdrowia z założeniem, że w ciągu 5 lat nastąpi zwiększenie dostępności środków finansowych, organizacyjnych i infrastrukturalnych w tym obszarze. Stronami umowy powinny być wszystkie znaczące siły polityczne, a jej sens powinien polegać na kontynuacji najważniejszych zmian przez kolejne rządy. Konieczne jest też uwzględnienie aspektów zdrowotnych w procesie tworzenia i uchwalania prawa. Musimy nauczyć się dostrzegania konsekwencji wprowadzanych regulacji, także pod kątem ich wpływu na zdrowie obywateli, a nie tylko skutków budżetowych.

4. SKRÓCENIE CZASU OCZEKIWANIA NA REFUNDACJĘ LEKÓW I REALIZACJĘ PROGRAMÓW LEKOWYCH, ZMNIEJSZAJĄCE W DŁUŻSZEJ PERSPEKTYWIE OBCIĄŻENIE PUBLICZNYCH FINANSÓW, A CO NAJWAŻNIEJSZE OSZCZĘDZAJĄCE CIERPIENIA CHORYM I ICH BLISKIM

Wydatki na leki powinny rosnać wraz z wydatkami publicznymi na ochronę zdrowia i stanowić co najmniej 17% całego budżetu przeznaczanego na świadczenia gwarantowane. Procedura refundacyjna powinna być przejrzysta i odbywać się tak sprawnie by zapewnić pacjentom możliwie najszybszy dostęp do leków. Konieczne jest wprowadzenie szybkiej ścieżki refundacyjnej dla terapii stanowiących jedyny ratunek w stanach bezpośrednio zagrażających życiu i zapobiegających poważnym powikłaniom chorób przewlekłych oraz określenie jakich terapii to dotyczy i wskazanie kryteriów oraz zasady ich typowania. Jesteśmy za automatyczną refundacją danego leku w ciągu 6 miesięcy od uzyskania pozytywnej oceny AOTMiT i poszerzeniem wskazań refundacyjnych zgodnie z ChPL produktu i aktualną wiedzą medyczną, przy jednoczesnym, szerszym wykorzystaniu instrumentów dzielenia ryzyka w korelacji z dowodami skuteczności terapii. W gestii Ministra Zdrowia powinna pozostać kwestia ustalenia progu refundacji. Refundacją powinny być obejmowane leki, których miesięczny koszt stosowania, w typowej dawce przekraczałby 20 zł. W trosce o budżet państwa konieczne jest tworzenie rejestrów pacjentów i dokonywanie oceny jakości terapii finansowanych ze środków publicznych.

5. USTALENIE ZASADY, ŻE CELEM JEST ZAPEWNIENIE WSZYSTKIM PRZEWLEKLE CHORYM TAKIEGO POZIOMU LECZENIA, BY MIELI MOŻLIWOŚĆ JAK NAJDŁUŻEJ POZOSTAWAĆ NA RYNKU PRACY

Jesteśmy za wprowadzeniem ustawowego wymogu uwzględniania kosztów pośrednich i społecznych związanych z decyzjami refundacyjnymi dla wskazanej przez ekspertów grupy chorób przewlekłych i powszechnych, w tym chorób rzadkich i ultrarzadkich. Wprowadzenie analizy kosztów pośrednich pozwoli przeznaczyć środki publiczne na terapie, które przynoszą najlepsze efekty zdrowotne i pomagają redukować koszty pośrednie, co w dłuższej perspektywie poprawi kondycję zdrowotną Polaków i będzie miało pozytywny wpływ na budżet państwa.

6. RACJONALNE OKREŚLENIE ZAWARTOŚCI KOSZYKA ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA, PRZEPROWADZONE W OPARCIU O AKTUALNĄ WIEDZĘ MEDYCZNĄ I DOKŁADNE ROZPOZNANIE POTRZEB POLSKIEGO SPOŁECZEŃSTWA

Zasadą każdego ubezpieczenia jest precyzyjne określenie zakresu: szkód, działań i rekompensat pokrywanego przez firmę ubezpieczającą. Taka sama zasada powinna dotyczyć działań podejmowanych przez NFZ. Przy określeniu zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych proponujemy przyjęcie zasady finansowania świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych z następujących obszarów medycyny: ostre stany zagrażające życiu, drogie procedury szpitalne, diagnostyka i leczenie chorób przewlekłych. System powinien gwarantować równy dostęp do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i adekwatnych do stanu zdrowia pacjenta.

7. WPROWADZENIE ZASADY RÓWNOŚCI PODMIOTÓW LECZNICZYCH WOBEC PŁATNIKA – NFZ

NFZ powinien finansować określone procedury wszędzie tam, gdzie są one wykonywane, bez względu na rodzaj placówki leczniczej. Jedynym warunkiem podpisania umowy z NFZ powinno być zweryfikowane spełnianie przez placówkę określonych wymogów jakości, umożliwiających realizację konkretnej procedury i zapewnienie kontynuacji leczenia, nie zaś wygranie procedury konkursowej. Pozwoliłoby to na faktyczny przepływ pieniędzy „za pacjentem”.

8. UMOŻLIWIENIE POZABUDŻETOWEGO DOPŁYWU ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA OCHRONĘ ZDROWIA I ZRÓWNANIE WYSOKOŚCI SKŁADEK ZDROWOTNYCH WSZYSTKICH GRUP SPOŁECZNYCH

Najpilniejsze zadania w tym zakresie to wprowadzenie:

- zasady powszechnego (tj. obejmującego wszystkich obywateli w wieku 18-62 lata) opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, co zwiększając liczebność owej grupy mogłoby nawet pozwolić na obniżenie składki.
- możliwości finansowania przez obywateli szerszego poziomu usług poprzez umożliwienie opłacania via ZUS lub niepubliczne formy ubezpieczeniowe wyższych składek ubezpieczenia zdrowotnego (składki premium), co radykalnie zwiększyłoby strumień środków kierowanych do placówek lecznictwa publicznego.
- reguły, że składka publicznego ubezpieczenia zdrowotnego uzależniona będzie od indywidualnego, podejmowanego przez nas samego poziomu ryzyka chorobowego (palenie tytoniu, nadwaga...).

Alternatywne rozwiązanie to wprowadzenie ubezpieczeń komplementarnych na zasadach solidaryzmu społecznego.

9. POWOŁANIE FUNDUSZU WALKI Z RAKIEM

W związku z faktem, iż choroby nowotworowe stanowią jedno z największych zagrożeń cywilizacyjnych oraz wobec ogromnego postępu jaki dokonuje się w ich diagnostyce i terapii niezbędne jest zapewnienie odpowiedniego finansowania stosowanych tu procedur. Szczególną wagę należy przykładać do profilaktyki nowotworów, których czynniki sprawcze zostały dobrze poznane, a dzięki wczesnemu wykryciu mogą być skutecznie eliminowane; np. wdrożenie badań przesiewowych w kierunku zakażeń HCV, których dostępne już w Polsce, skuteczne leczenie zapobiega rakowi wątroby. Proponujemy, wzorem rozwiązań brytyjskich skupienie się na podobnych działaniach i powołanie na 10 lat Funduszu Walki z Rakiem zasilanego przez Państwo z akcyzy na papierosy i alkohol, która powinna wzrosnąć oraz z kar nakładanych na przemytników i nielegalnych producentów papierosów i alkoholu. Wsparciem Funduszu mogłaby być również nadwyżka finansowa uzyskana z polisy dobrowolnych ubezpieczeń komplementarnych.

10. POWOŁANIE FUNDUSZU NA RZECZ CHOROÓB RZADKICH I ULTRARZADKICH

Uważamy, że we współczesnym społeczeństwie wyznającym zasady solidaryzmu, pacjentowi, którego spotkało wyjątkowe nieszczęście w postaci diagnozy rzadkiego schorzenia winni jesteśmy realną pomoc w dostępie do najskuteczniejszych metod diagnostyki, terapii i rehabilitacji. Wsparcie Funduszu powinno odbywać się na zasadach takich, jak w przypadku Funduszu Walki z Rakiem.

11. SYSTEMOWE WSPARCIE DLA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W PROGRAMIE WALKI Z OTYŁOŚCIĄ I NADWAGĄ – „MOTYWACJA+”

Schorzenia te stają się coraz poważniejszym zagrożeniem cywilizacyjnym w państwach wysokorozwiniętych. Proponujemy zatem wprowadzenie finansowych form zachęty do walki z otyłością dla osób decydujących się na kurację odchudzającą według zasad określonych przez AOTMiT i realizowanych w POZ; w tym możliwość zmniejszenia składki zdrowotnej.

12. PROPAGOWANIE WIEDZY NA TEMAT SKUTECZNEGO ZAPOBIEGANIA CHOROBOM CYWILIZACYJNYM (SERCOWO-NACZYNIOWYM, ONKOLOGICZNYM, METABOLICZNYM) I PREMIOWANIE PRZESTRZEGANIA ZASADY WSPÓŁODOWIEDZIALNOŚCI KAŻDEGO Z NAS ZA WŁASNE ZDROWIE

Fundamentem promocji zdrowia powinno być wprowadzenie do szkół przedmiotu pod nazwą „Podstawy zdrowego życia” będącego elementem Krajowego Programu Promocji Zdrowia realizowanego we współpracy Rządu z Kościołem. Aktywny udział w programie i poprawa parametrów zdrowotnych powinny być premiowane zmniejszeniem obciążeń podatkowych, zmniejszeniem składki zdrowotnej lub ułatwieniem w dostępie do określonych świadczeń opieki zdrowotnej. Realizację Tezy 11 i 12 wspierałoby opodatkowanie żywności o wysokiej gęstości kalorycznej (dużo kalorii w małej objętości) i zakaz reklamy takich produktów, a także powszechne wprowadzenie zasady informowania o kaloryczności produktów i posiłków.

13. POSTAWIENIE NA POZ I STWORZENIE PROGRAMU WSPARCIA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ

Koordynacja opieki na poziomie POZ i AOS jest gwarancją efektywności całego systemu ochrony zdrowia. Nowy program wsparcia opieki środowiskowej powinien koncentrować się na rozwoju opieki geriatrycznej, kardiologicznej i rehabilitacyjnej. Wymaga to intensywnego rozwoju w każdej gminie

pielęgniarstwa środowiskowego i placówek dziennego pobytu dla seniorów oraz osób ze znacznym upośledzeniem funkcji poznawczych czy motorycznych. W ramach koordynacji opieki w POZ i wsparcia opieki środowiskowej postulujemy aktywizację programu wolontariatu szkolnego skierowanego do osób potrzebujących pomocy.

14. POWOŁANIE EUROPEJSKIEJ UNII ZDROWIA

Przygotowanie z inicjatywy polskiego rządu, założeń wspólnego działania na rzecz ZDROWIA na poziomie unijnym w oparciu o doświadczenia takich rozwiązań - jak Europejska Unia Energetyczna. Założenia EUZ powinny stać się częścią polskiej strategii budowania koalicji wewnątrz wspólnoty. Jeden z postulatów to stworzenie europejskiej solidarnościowej listy leków dla całego obszaru UE, poczynając od leków sierocych i stopniowo – wszystkich innych, równając do najpełniejszych list w najbogatszych krajach wspólnoty. Celem tego przedsięwzięcia, w którym powinny partycypować wszystkie kraje członkowskie będzie zrównanie poziomu dostępu do nowoczesnej diagnostyki oraz leków refundowanych na całym terenie UE, a także wspólna strategia dawania odporu ruchom antyszczepionkowym.

15. UTRZYMANIE ZASADY OBOWIĄZKOWOŚCI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE

Obowiązkowe szczepienia, stanowiąc ochronę indywidualną oraz środowiskową, są jednymi z najważniejszych elementów zdrowia wspólnotowego i wyrazem solidaryzmu społecznego. Należy zdecydowanie: zwiększyć wiedzę społeczną na temat szczepień; nasilić wszelkie formy przeciwdziałania Państwa przejawom deprecjonowania ich roli - konsekwentnie walczyć z fałszującymi prawdę mitami; zapewnić możliwie najskuteczniejszą ochronę osobom z medycznymi przeciwskazaniami do szczepień oraz zapewnić wzrost wyszczepialności osób dorosłych.

16. PROMOCJA POLSKI PRZEZ ZDROWIE

Dotychczasowe doświadczenia projektów z zakresu zdrowia promujących Polskę wskazują na dużą efektywność tego typu działań, szczególnie w państwach biedniejszych (Afryka, Azja Środkowa). Proponujemy, by w ramach promocji Polski za granicą, jako stały element, oprócz działań w zakresie kultury i nauki, włączyć działania prozdrowotne promujące polskie przedsięwzięcia w dziedzinie medycyny (leczenie słuchu, kardiologia, kształcenie pielęgniarek, itp.).

8. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem

*Tym, co pełnią misję lekarską, niosą ulgę w chorobie i cierpieniu – dedykuję kilka myśli ku rozwadze.
Dr Janusz Meder (1980).*

1. Powitaj pacjenta – podaj mu rękę na przywitanie.
2. Skup, choć kilka minut, tylko na nim swoją uwagę – dając do zrozumienia, że w tym czasie on jest najważniejszy dla ciebie i bierz wywiad lekarski w sposób zwięzły i taktowny, komunikując się językiem zrozumiałym dla swojego rozmówcy i dochowując tajemnicy lekarskiej oraz innych praw pacjenta.

3. Poproś pacjenta o rozebranie się z zachowaniem jego prawa do wolności, godności i intymności, a następnie, mając jego przyzwolenie, dokładnie zbadaj jego ciało w całości.
4. Na każdym etapie diagnozy i leczenia wyobrażaj sobie, że to ty jesteś na miejscu pacjenta i pomyśl, czy chciałbyś być tak samo traktowany.
5. Zważaj na każde wypowiedziane do pacjenta słowa i nigdy nie odbieraj mu nadziei, mając przede wszystkim pokorę do własnej wiedzy niezależnie od stopnia swoich kwalifikacji, zajmowanego stanowiska czy też posiadanego tytułu naukowego.
6. Pełniąc swoją niełatwą misję lekarską, bądź cierpliwy, nie zapominaj o dobrych i ciepłych słowach, nie obrażaj się i nie gniewaj na pacjenta, a swoją postawą i działaniem zaświadczaaj o zbieżności swoich celów z celami pacjenta stosownie do jego potrzeb, oczekiwań i życzeń oraz zgodnie z jego wolą, światopoglądem i filozofią życia.
7. Traktuj zawsze pacjenta podmiotowo w sposób holistyczny, nie oddzielając jego części fizycznej od psychicznej i duchowej, bowiem stanowią one jedną nierozdzielalną całość.

Raport powstał dzięki wsparciu partnerów:

abbvie

AMGEN®

ANGELINI

AstraZeneca

GILEAD

gsk

MSD

SANOFI
Empowering Life