



# **RAPORT: SYTUACJA CHORYCH ONKOLOGICZNIE W CZASIE PANDEMII KORONAWIRUSA SARS-CoV-2**

*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 978-83-958532-6-5**

Warszawa, 23 kwietnia 2020 r.

Raport pt. Sytuacja chorych onkologicznie w czasie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2, Medyczna Racja Stanu. Warszawa, Kwiecień 2020 r.

ISBN 978-83-958532-6-5

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

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

1. Prof. Mariusz Bidziński, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej NIO-PIB
2. Marzanna Bieńkowska, Za-ca Dyrektora Departamentu Dialogu Społecznego i Komunikacji, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
3. Dr Jakub Gierczyński, MBA, ekspert systemu ochrony zdrowia
4. Prof. Dariusz M. Kowalski, Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej NIO-PIB
5. Prof. Maciej Krzakowski, Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii Klinicznej
6. Prof. Ewa Lech-Marańda, Konsultant Krajowy w dziedzinie Hematologii, Dyrektor IHiT
7. Prof. Adam Maciejczyk, Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Prezes PTO
8. Prof. Andrzej Marszałek, Konsultant Krajowy w dziedzinie Patomorfologii
9. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii
10. Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego oraz Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
11. Maciej Miłkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
12. Prof. Tadeusz Pieńkowski, Kierownik Kliniki Onkologii i Hematologii CSK MSWiA
13. Dr Michał Sutkowski, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Uczelnia Łazarskiego
14. Prof. Jan Walewski, Dyrektor NIO-PIB.

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

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Sytuacja chorych onkologicznie w czasie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2, Medyczna Racja Stanu. Warszawa, Kwiecień 2020 r.*

## Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu.....	3
2. Wprowadzenie do debaty pt. Sytuacja chorych onkologicznie w czasie pandemii koronawirusa - Anna Jasińska, Dr Janusz Meder.....	7
3. Stanowiska przedstawione w trakcie debaty pt. Sytuacja chorych onkologicznie w czasie pandemii koronawirusa.....	9
3.1. Prof. dr hab. med. Jan Walewski - onkologia .....	9
3.2. Prof. dr hab. med. Adam Maciejczyk - onkologia.....	9
3.3. Prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski - onkologia .....	10
3.4. Prof. dr hab. med. Ewa Lech-Marańda – nowotwory krwi .....	11
3.5. Prof. dr hab. med. Andrzej Marszałek - patomorfologia.....	11
3.6. Prof. dr hab. med. Dariusz M. Kowalski – rak płuca .....	12
3.7. Prof. dr hab. med. Mariusz Bidziński – rak jajnika.....	12
3.8. Prof. dr hab. med. Tadeusz Pieńkowski – rak piersi.....	13
3.9. Dr n. med. Michał Sutkowski – rak jelita grubego, trzustki i wątroby oraz profilaktyka nowotworów .....	14
3.10. Wiceminister Zdrowia Maciej Miłkowski – perspektywa regulatora .....	15
3.11. Marzanna Bieńkowska – perspektywa Rzecznika Praw Pacjenta .....	16
3.12. Mec. Piotr Mierzejewski – perspektywa Rzecznika Praw Obywatelskich .....	16
3.13. Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA – aspekty systemowe .....	17
4. Podsumowanie .....	18
4.1. Prof. Paweł Kowal.....	18
4.2. Dr Janusz Meder .....	18
5. Rekomendacje .....	19
6. Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu .....	20
6.1. Nowotwory i pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 w Polsce .....	20
6.2. Wybrane aktualne wyzwania terapii guzów litych i nowotworów krwi w Polsce .....	21
6.2.1. Rak jelita grubego.....	21
6.2.2. Rak piersi .....	21
6.2.3. Rak trzustki .....	22
6.2.4. Rak płuca .....	23
6.2.5. Rak nerki.....	24

6.2.6. Rak jajnika.....	24
6.2.7. Rak wątroby.....	25
6.2.8. Przewlekła białaczka limfocytowa.....	25
6.2.9. Przewlekła białaczka szpikowa i ostra białaczka limfoblastyczna .....	26
7. Rada Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu .....	26
8. Tezy dla Zdrowia.....	27

## 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

**Dr hab. n. społ. Paweł Kowal, profesor ISP PAN, polityk i politolog, historyk i publicysta**



Jako współtwórca Medycznej Racji Stanu bardzo cieszę się z faktu, że ochrona zdrowia staje się jednym z głównych tematów kampanii politycznych, dlatego że w demokratycznych społeczeństwach to jest najlepszy sposób, żeby załatwić jakąś sprawę. Niezależnie bowiem od wyniku wyborów - każdy będzie musiał coś z tym zrobić. Ochrona zdrowia musi skoncentrować na sobie uwagę szerszych grup społecznych, a także polityków. To jest najważniejsze, bo na końcu to przecież oni decydują. Chcemy więc zainteresować ZDROWIEM polityków i to wszystkich partii. Zrozumiałem, że jeżeli tym tematem będą zajmowali się tylko eksperci od ochrony zdrowia, lekarze, nawet menadżerowie ochrony zdrowia, to będzie on pozostawał w zamkniętym kręgu, ważnym, ale jednak zamkniętym kręgu specjalistów, i że trzeba rozmawiać inaczej - prostszym językiem, zrozumiałem dla ludzi, którzy na co dzień tym się nie zajmują, nie leczą, nie kierują szpitalami, ale którym zależy, bo widzą, że jest to najważniejszy program społeczny. I moim zdaniem, jedynym sposobem, by rozwiązać nabrzmiałe problemy ZDROWIA jest dotarcie z nimi do innych środowisk, zainteresowanie nimi osób, którym wcześniej nawet do głowy nie przyszłoby się tym zajmować. Doświadczenia ostatnich tygodni dowiodły, że już nikt nie może powiedzieć – mnie to nie dotyczy.

**Dr n. med. Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Przewodniczący Komisji Bioetycznej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie**

Będąc współtwórcą 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. Mogło by być wygłaszane w Światowym Dniu Chorego - 11 lutego. Miałoby się odnosić także do aktualnych wyzwań zdrowotnych. Ideą Medycznej Racji Stanu było 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 łączące różne środowiska będą wsparciem dla racjonalnej reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce.



**Dr n. med. Michał Sutkowski, Specjalista Medycyny Rodzinnej i Chorób Wewnętrznych, Rzecznik Prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce**

Jako współzałożyciel 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. Ludzie w pierwszej kolejności zwracają się właśnie do lekarzy rodzinnych, bo do nich właśnie pacjenci mają największe zaufanie, od nich czerpią wiedzę i informacje na temat własnego zdrowia - to najłatwiejszy i najlepszy kontakt ze służbą zdrowia.



**Prof. dr hab. med. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

Jako współautor 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 do spraw Chorób Rzadkich oraz Rada Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości. W 2020 r. ukonstytuowała się Rada Ekspertów ds. Onkologii.

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. Patrz Rozdział 5 niniejszego Raportu.

**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 i uwagę należną, najmniejszym nawet grupom cierpiących.



**11 grudnia 2019 r. I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości** – 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.

Raport pt. „Sytuacja chorych onkologicznie w czasie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2” powstał w wyniku prac w ramach I Spotkania Online Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu w dniu 8 kwietnia 2020 r. Prezentuje stanowiska i rekomendacje ekspertów przedstawione w trakcie wirtualnej debaty oraz kluczowe informacje o nowotworach w Polsce. Przypomina również Tezy dla Zdrowia, jako dokument programowy Medycznej Racji Stanu.

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



Anna Jasińska



Grażyna Mierzejewska

## 2. Wprowadzenie do debaty pt. Sytuacja chorych onkologicznie w czasie pandemii koronawirusa - Anna Jasińska, Dr Janusz Meder



W grudniu 2016 roku odbyła się pierwsza debata Medycznej Racji Stanu – „Zdrowie i Bezpieczeństwo Narodowe”. Pracownicy Instytutu Studiów Politycznych PAN przedstawili wówczas raport pod takim samym tytułem, w którym zwracali uwagę na konieczność zmian w podejściu do wyzwań zdrowotnych zarówno polskich, jak i europejskich elit władzy. W trudnym czasie pandemii coraz częściej słyszymy opinie politologów podnoszących kwestię braku wspólnej polityki antykryzysowej UE. Podczas debaty „Zdrowie i Bezpieczeństwo Narodowe” postulowaliśmy przyznanie rangi priorytetu wyzwaniom zdrowotnym w naszym kraju i powołanie z inicjatywy polskiego rządu Europejskiej Unii Zdrowia.

Dramatyczne doświadczenia ostatnich tygodni potwierdzają słuszność wypracowanych wówczas tez, potrzebę przewartościowania priorytetów polityk poszczególnych Państw i konieczność współpracy na poziomie międzynarodowym.

Nikt z nas nie zna dziś skali zagrożeń populacyjnych, ekonomicznych i politycznych ani ostatecznej ceny, jaką wszystkim nam przyjdzie zapłacić za Światowy Kryzys Zdrowia, ale dla wszystkich powinno już być oczywiste, że to właśnie Zdrowie jest najważniejsze. Przypominaliśmy o tym także w 2018 organizując debatę „Kapitał – Zdrowie Narodu”, gdzie głosem nie tylko lekarzy i pacjentów, lecz także ekonomistów zwracaliśmy uwagę na pułapkę, jaką jest pokusa oszczędzania na wyzwaniach związanych z życiem i zdrowotną kondycją Polaków.

Szczególnie więc teraz, a tym bardziej w chwili gdy, uznamy, że już można będzie wracać do normalnego funkcjonowania ,warto o tym pamiętać, by nie ulec pokusie marginalizowania wyzwań zdrowotnych pod presją bieżących kalkulacji gospodarczych czy politycznych. Tegorocznym zobowiązaniem najwyższych rangą polskich polityków było przyznanie priorytetowej pozycji wśród wyzwań zdrowotnych - trosce o osoby cierpiące na choroby nowotworowe i rzadkie.

Eksperci Rady ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu dyskutują dziś o nadzwyczajnych, ale też o codziennych problemach onkologii. Zainicjowaliśmy ten dyskurs z udziałem przedstawicieli systemu uznając, że kontekst ekspansji koronawirusa nie może nas z tego obowiązku zwolnić także dlatego, że wyostrza obraz zagrożeń dla naszych pacjentów.

Podczas ubiegłorocznej debaty „Czas w Onkologii” podkreślaliśmy znaczenie szybkich decyzji w walce z rakiem. Wówczas jednak nie przewidywaliśmy skali zagrożeń wynikających z pandemii.



Tymczasem:

- Kwarantanna nie sprzyja decyzjom o zgłaszaniu niepokojących sygnałów organizmu ani przez dopiero podejrzewających chorobę, ani obawiających się jej wznowy;
- Rak nie podda się wymogom kwarantanny – nie wyhamuje swej aktywności;
- Nie zmaleją potrzeby diagnostyczne ani terapeutyczne, a wydłużył się czas do kolejnej listy refundacyjnej;
- Personel medyczny był, jest i będzie coraz bardziej obciążony i narażony;
- Zmianom ulegają terminy planowanych operacji;
- Potrzeba więcej środków ochrony dla pacjentów, lekarzy, ratowników medycznych, pielęgniarek, salowych i pracowników administracyjnych szpitali oraz przychodni;
- Niepewność jutra, dotycząca nas wszystkich, może mieć w dłuższej perspektywie poważne populacyjne konsekwencje zdrowotne, ale dla naszych pacjentów już dziś jest dodatkowym, negatywnym czynnikiem rokowniczym;

To tylko sygnałna lista okoliczności, które mogą niebezpiecznie wydłużać czas do podjęcia, ważnych dla pacjenta z chorobą nowotworową, decyzji. Musimy też pamiętać, jak wiele osób w Polsce dotyka ów problem i o tym, że mają one obniżony poziom odporności, a gros to seniorzy, w przypadkach których następuje kumulacja ryzyk.

**W rygorach kwarantanny pojawiają się też bardzo aktualne i szczegółowe pytania:**

- Czy koncentracja sił i środków na walce z koronawirusem nie stwarza zagrożenia mniejszej uwagi dla najistotniejszych aspektów jakości życia z chorobą nowotworową np. gwarancji dostępu do środków skutecznie uśmierzających ból?
- Czy młodszy członek rodziny, którzy dotychczas byli pierwszą linią życiowego wsparcia dla mamy czy dziadka w zaawansowanym wieku i z zaawansowaną chorobą nowotworową mają ich w kwarantannie unikać? A jeśli tak, to kto przejmie ich obowiązki opiekuńcze?
- Czy, a jeśli tak, to w jakich przypadkach można, bez poważnych konsekwencji zdrowotnych, przesunąć termin wizyty kontrolnej, czy wykonania zaleconych badań celem uniknięcia zarażenia w zatłoczonych placówkach?
- Co zrobić by, zachowując rygory bezpieczeństwa w szpitalu, stworzyć bliskim możliwość pożegnania się z osobą odchodzącą?

Dyskusja członków Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu z przedstawicielami systemu jest okazją wspólnego znalezienia odpowiedzi na te najogólniejsze i bardziej szczegółowe pytania. Podczas tego spotkania ocenimy też aktualną sytuację pacjentów z najczęstszymi i najgroźniejszymi nowotworami: płuca, piersi, jelita grubego, wątroby, trzustki, jajnika i układu krwiotwórczego.

Są to pierwsze przeprowadzone online obrady ekspertów Medycznej Racji Stanu. Wkrótce planujemy kolejne. Do formuły spotkań przy okrągłym stole wrócimy, gdy tylko będzie to możliwe ze względów bezpieczeństwa.

Prosimy Państwa o Wasze pytania, obserwacje i propozycje konkretnych rozwiązań, które ten trudny czas dla nas wszystkich, a znacznie trudniejszy dla chorych, uczynią łatwiejszym do oswojenia i pozwolą najskuteczniej zadbać o najsłabszych z nas.

### 3. Stanowiska przedstawione w trakcie debaty pt. Sytuacja chorych onkologicznie w czasie pandemii koronawirusa

Wprowadzając do debaty Redaktor Iwona Schymalla i Dr Janusz Meder podkreślali, jak ważna jest współpraca pomiędzy wszystkimi interesariuszami systemowymi dla dobra pacjentów onkologicznych, obecnie podwójnie zagrożonych: chorobą nowotworową i zakażeniem koronawirusem. W onkologii liczy się czas. Każdego dnia – także w okresie pandemii – diagnozuje się w Polsce chorobę nowotworową u 450 osób, a 270 osób umiera z powodu nowotworu.



W trakcie wirtualnej debaty wypowiedzieli się eksperci kliniczni z dziedziny onkologii, hematologii, patomorfologii oraz medycyny rodzinnej. Stanowiska zajęli również przedstawiciele Sejmu RP, Ministerstwa Zdrowia, Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta oraz eksperci systemowi.

#### 3.1. Prof. dr hab. med. Jan Walewski - onkologia

**Dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie**

Narodowy Instytut Onkologii pełni wiodącą rolę w opiece onkologicznej w Polsce. Przyjmuje się tu najcięższe przypadki oraz konsultuje terapie we współpracy z innymi ośrodkami onkologicznymi. Priorytetem Instytutu jest zapewnienie optymalnej opieki pacjentom onkologicznym w warunkach pandemii. Nieleczony nowotwór na pewno doprowadzi do śmierci, a można się ustrzec przed zarażeniem koronawirusem. Najważniejsze, aby chorzy, którzy są hospitalizowani lub leczeni ambulatoryjnie w Instytucie nie zostali zakażeni. Pacjenci onkologiczni są szczególnie podatni na wszelkiego rodzaju infekcje. Jednocześnie należy zapewnić bezpieczeństwo personelowi medycznemu. Bardzo ważne, aby sukcesywnie testować pacjentów oraz personel na obecność wirusa. Podczas pandemii bardzo by się przydała Krajowa Sieć Onkologiczna, która pozwoliłaby na sprawne sterowanie przepływem chorych w przypadku wyłączenia poszczególnych oddziałów w ośrodkach onkologicznych.



#### 3.2. Prof. dr hab. med. Adam Maciejczyk - onkologia

**Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii  
Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego**

Główne wyzwania dla onkologii w czasie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 to ochrona chorych i kadr medycznych, testowanie na obecność wirusa oraz przestrzeganie izolacji. Polskie Towarzystwo Onkologiczne na swojej stronie internetowej publikuje cyklicznie rekomendacje i wytyczne kliniczne odpowiadające na wyzwania czasu pandemii i wykorzystujące doświadczenia międzynarodowe. Mowa w nich o przestrzeganiu reguł izolacji, właściwym



monitorowaniu osób zakażonych i ich otoczenia, o znaczeniu rzetelnie prowadzonej komunikacji adresowanej do lekarzy, pacjentów i społeczeństwa, a także podziale pacjentów na pilnych i tych, którzy mogą najniebezpieczniejszy czas epidemii przeczekać bez ryzyka onkologicznego. Wszystkie rekomendacje są stale uzupełniane i rozszerzane w dialogu z Ministerstwem Zdrowia i naukowymi organizacjami międzynarodowymi z dziedziny onkologii. Przetłumaczone zostały również wytyczne włoskiego towarzystwa onkologicznego, jako kraju najbardziej doświadczonego w walce z koronawirusem. Obecnie priorytetowe jest wykonywanie, adekwatnej do potrzeb, liczby testów, dostęp do środków ochrony osobistej oraz właściwa informacja i komunikacja. Niestety, w dobie pandemii wszystkie niedostatki systemu ochrony zdrowia skupiają się jak w soczewce. W Polsce widoczny jest brak koordynacji i kompleksowego działania. Szybkie wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej skróciłoby czas diagnozy, poprawiłoby komunikację z pacjentem i koordynację procesu leczenia.

### ***3.3. Prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski - onkologia***

**Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie**  
**Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii Klinicznej**



Pacjenci onkologiczni w czasie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 wymagają wzmożonej uwagi, bowiem ten kontekst jest dodatkowym zagrożeniem dla wszystkich, którzy zmagają się z tak poważnym kryzysem zdrowia jak choroba nowotworowa. Nie można z powodu najpoważniejszych nawet wyzwań pandemii umniejszać skali problemów, z którymi nasi pacjenci borykają się każdego dnia. Zapewniam, że dzisiaj wszystkie ośrodki wojewódzkie realizują świadczenia bez zakłóceń. Zwróciłem się do konsultantów wojewódzkich z prośbą o raporty w sprawie ciągłości świadczeń dotyczących zachorowań onkologicznych. Musimy bez względu na okoliczności dawać naszym pacjentom opiekę możliwie najbardziej kompleksową i koordynowaną. Wszystkie wyzwania onkologii sprzed pandemii pozostają aktualne dziś i będą aktualne także po tym, gdy zagrożenie COVID-19 minie. My lekarze powinniśmy inaczej, bardziej racjonalnie spojrzeć na nasze postępowanie. Należy ustalać wskazania do leczenia na podstawie aktywności, celowości danej metody, założenia danego leczenia, zaawansowania, wieku, chorób współistniejących, oceniając także lokalne i regionalne zagrożenia. Założenia, które były poczynione przed pandemią powinny być realizowane. Wśród nich – dążenie do tego by opieka nad naszymi pacjentami była po pierwsze koordynowana, a po drugie kompleksowa. Dzięki temu znacząco poprawią się wyniki leczenia co jest naszym naczelnym zadaniem.

### 3.4. Prof. dr hab. med. Ewa Lech-Marańda – nowotwory krwi

**Dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie  
Konsultant Krajowy w dziedzinie Hematologii**



Cele terapeutyczne i zasady opieki nad chorym z nowotworem krwi nie powinny być zmienione w warunkach pandemii koronawirusa SARS-CoV-2. Jednakże, trzeba pamiętać, że chorzy onkohematologiczni są grupą szczególną mając zaburzenia odporności spowodowane przebiegiem choroby i jej leczeniem. Dlatego ci chorzy są narażeni na ciężki przebieg choroby COVID-19 i musimy zrobić wszystko, aby zminimalizować u nich ryzyko zakażenia.

W warunkach pandemii szczególnego znaczenia nabierają decyzje refundacyjne z ostatnich paru lat. Możliwość zastosowania nowych, skutecznych terapii w przypadku szpiczaka mnogiego (wprowadzone 3 nowe leki), ostrej białaczki limfoblastycznej, chłoniaka grudkowego czy przewlekłej białaczki limfocytowej poprawiła rokowanie pacjentów. Terapie o takiej skuteczności, jak wenetoklaks pozwalają nam każdego dnia ratować ludzkie życie. Obecnie środowisko klinicystów i pacjenci w Polsce oczekują na dostęp do kolejnych terapii. To między innymi ibrutynib w przewlekłej białaczce limfocytowej i chłoniaku z komórek płaszczka, terapia CAR-T i ponatynib w ostrej białaczce limfoblastycznej oraz ponatynib w przewlekłej białaczce szpikowej.

### 3.5. Prof. dr hab. med. Andrzej Marszałek - patomorfologia

**Prezes Polskiego Towarzystwa Patologów,  
Konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii,  
Kierownik Katedry Patologii i Profilaktyki Nowotworów Wielkopolskie Centrum Onkologii**



Mimo wybuchu pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 proces dostosowania standardów diagnostyki patomorfologicznej do wymogów współczesnej onkologii cały czas trwa. Do 30 marca 2020 r. zostało wyłonione dziesięć jednostek, które będą opiniowały wytyczne stworzone przez patomorfologów z 75 oddziałów z całej Polski (tj. 25% środowiska patomorfologów) i do końca maja 2020 r. zostaną przetestowane w warunkach pracy placówek klinicznych. Umożliwi to dostosowanie standardów międzynarodowych do polskich realiów i zagwarantuje jakość. Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia i AOTMiT prowadzi prace przygotowujące celowane finasowanie tych badań. Pozostaje wspierać dalej działania środowiska patomorfologów żeby odrębne finasowanie zostało właściwie wdrażane. Nie należy oszczędzać na pogłębionej diagnostyce chorób nowotworowych, bo dzięki wiedzy patomorfologów możliwa jest personalizacja leczenia zwiększająca jego skuteczność i dająca wymierne oszczędności budżetowe. Określenie standardów oraz odbudowanie pozycji patomorfologii stanowiły wyzwanie sprzed pandemii. Dziś podstawowym zadaniem jest bezpieczeństwo oraz ciągłość pracy z powodu, i pomimo, wirusa. Jeżeli chodzi o stan pandemii to patomorfologowie są w relatywnie bezpiecznej sytuacji. Już przed laty stwierdzono, że zalanie materiału zakaźnego formaliną prowadzi do unieszkodliwienia wszelkich patogenów po 15 minutach. Dlatego możemy uznać, że materiał analizowany przez patomorfologa jest materiałem bezpiecznym. Wykonywanie testów w kierunku

zakażenia koronawirusem nie opóźnia w żaden sposób wykonywania regularnej pracy diagnostyki onkologicznej. Wynika to z faktu, że diagnostyka w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 idzie innym kanałem niż diagnostyka patomorfologiczna nowotworów.

### **3.6. Prof. dr hab. med. Dariusz M. Kowalski – rak płuca**

#### **Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej NIO-PIB**

W Polsce z powodu raka płuca umiera ok. 23 tys. chorych rocznie, co stanowi jedną czwartą wszystkich zgonów w następstwie nowotworów. Jak wskazują statystyki ok. 40% pacjentów z rakiem płuca to osoby w wieku produkcyjnym - poniżej 65 roku życia. Większość pacjentów z rakiem płuca diagnozowana w zaawansowanym IV stadium choroby, co pozwala na wykonanie radykalnej operacji tylko u ok. 20% pacjentów. Skuteczne leczenie tego nowotworu wymaga możliwie najszerszego dostępu do najskuteczniejszych terapii, które będą mogły być podawane na możliwie najwcześniejszym etapie leczenia. W raku płuca w ostatnich latach nastąpił niekwestionowany przełom terapeutyczny. Wprowadzenie leków ukierunkowanych molekularnie i immunoterapii znacząco wydłużyło czas przeżycia chorych z rakiem płuc. W przypadku II linii leczenia wszyscy chorzy z rakiem płuca mają już dostęp do immunoterapii. W przypadku I linii ponad 60% chorych wciąż takiej możliwości pozbawionych. Nowa opcja terapeutyczna - pembrolizumab w niedrobnokomórkowym raku płuca, w połączeniu z chemioterapią w ramach pierwszej linii leczenia może wydłużyć średnią medianę przeżycia o dodatkowe 12 miesięcy. Należy również wprowadzić do refundacji publicznej możliwość leczenia pacjentów z drobnokomórkowym rakiem płuca w I linii atezolizumabem. Wprowadzenie nowych leków w I linii leczenia raka płuca to szansa dla chorych w Polsce na nowy wymiar przeżycia, biorąc pod uwagę medianę przeżyć wolnych od progresji. W dobie pandemii ważnym jest, że część nowoczesnych terapii ma doustną formę podania. Dzięki temu istnieje możliwość wydania chorym leku na 3 miesiące bez konieczności wykonywania badań. W przypadku leków immunokompetentnych podanie jest dożylne, ale i tu onkolodzy mają możliwość wyboru dawki pozwalającej na rzadsze wizyty pacjenta w ośrodku szpitalnym.



### **3.7. Prof. dr hab. med. Mariusz Bidziński – rak jajnika**

#### **Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej NIO-PIB**

W Polsce rozpoznaje się rocznie ponad 3,5 tys. przypadków raka jajnika. Umieralność z tego powodu jest ponad 15% wyższa niż średnia krajów Unii Europejskiej. Jednym z elementów kluczowych na najbliższe miesiące, czy też lata jest przede wszystkim zbudowanie dobrego systemu opieki nad chorymi ze zdiagnozowanymi guzami. W dobie pandemii koronawirusa jesteśmy coraz bardziej zobligowani do zastosowania narzędzi teleinformatycznych. Telemedycyna daje nam możliwość kontaktu z ośrodkami regionalnymi, które





mogą przekazywać informacje do ośrodka centralnego na temat swoich pacjentek w trakcie pobytu diagnostycznego. W Narodowym Instytucie Onkologii, w którym pracuję mamy zespoły interdyscyplinarne, gdzie grupa specjalistów z zakresu chirurgii, onkologii i urologii jest w stanie przeprowadzać skomplikowane zabiegi. Optymalna terapia to nie tylko kwestia samego zabiegu, ale również opieki pooperacyjnej. Niestety w mniejszych szpitalach tego typu terapia nie może być zrealizowana z dwóch przyczyn. Jedna – ze względu na brak umiejętności technicznych personelu, a druga - zabezpieczenia chorej po zabiegu w systemie pooperacyjnym. Dlatego dzisiaj byłbym za tym, żeby wprowadzić politykę budowania nowego systemu opieki nad pacjentkami w oparciu o współpracę między klinicznymi ośrodkami peryferyjnymi i ośrodkami centralnymi. Bardzo ważną sprawą, która mogłaby poprawić sytuację jest zbudowanie rejestrów – bo w raku jajnika statystyka w Polsce nie jest precyzyjna. Każda placówka, która wchodzi w system leczenia chorych z rakiem jajnika powinna mieć również obligatoryjny wymóg korzystania nie tylko z usługi w zakresie histopatologii, ale też genetyki. W przypadku jajnika przy takich badaniach szereg chorych mogłoby skorzystać z terapii sztywnej na miarę w ramach medycyny personalizowanej. Jeśli chodzi o dostęp do leków to obecnie w ramach programów lekowych możemy prowadzić leczenie zgodne z zaleceniami klinicznymi. Szansą dla chorych z rakiem jajnika jest terapia podtrzymująca inhibitorami PARP. U pacjentek z mutacją w genach BRCA w drugiej linii leczenia pozwala ona na czterokrotne wydłużenie czasu przeżycia wolnego od progresji w porównaniu do placebo, a przypadku pacjentek bez mutacji pozwala na dwukrotne jego przedłużenie. Poprawa modelu opieki i dostęp do kolejnych terapii może przynieść oczekiwany skutek w postaci zniwelowania 15% różnicy pomiędzy polskimi wynikami, a wynikami leczenia raka jajnika w innych krajach Europy.

### ***3.8. Prof. dr hab. med. Tadeusz Pieńkowski – rak piersi***

**Kierownik Kliniki Onkologii i Hematologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie  
Prezes Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi**



Wzrost bezwzględnej liczby zgonów pacjentek z rakiem piersi w Polsce to niepokojący trend. Jednym z powodów jest zaniechanie badań przesiewowych przez pacjentki, spowodowane wysyłaniem nieefektywnych zaproszeń. To powinno się odbywać nie przez pocztę tradycyjną, a z wykorzystaniem nowoczesnych sposobów informowania pacjentów. Screening mammograficzny to złożone i kompleksowe zagadnienie. Chodzi nie tylko o wykonanie samego badania radiologicznego, ale również kontrolę jakości, aktywną promocję badań przesiewowych w mediach, wysłanie indywidualnych zaproszeń, monitorowanie losów kobiet. W tej chwili to nie działa, czego dowodem jest spadająca liczba osób uczestniczących w badaniach przesiewowych. Tuż przed zakończeniem wysyłania zaproszeń zgłaszało się na badania ok. 50% kobiet, teraz te liczby gwałtownie spadają.

Kolejny czynnik odpowiadający za wyższą śmiertelność z powodu raka piersi w Polsce to rozproszony, a przez to niebezpiecznie wydłużający się, proces leczenia raka piersi. Dane światowe i europejskie wykazują, że dedykowane ośrodki leczenia chorób piersi – Breast Units mają o 20-30% lepsze wyniki leczenia niż te, w których ci sami specjaliści, tak samo wyposażeni pracują w rozproszeniu. Potrzebna jest w tym procesie akredytacja udzielana przez niezależne instytucje. Dopiero gdy odpowiemy



na wyzwania organizacyjne, edukacyjne, kadrowe i terapeutyczne, to będziemy mogli poprawić statystyki przeżyć. Na świecie są albo narodowe systemy akredytacji albo międzynarodowe systemy akredytacji. W Polsce jest na razie 9 ośrodków akredytowanych przez Polskie Towarzystwo do Badań nad Rakiem Piersi. Polski system ochrony zdrowia, co najmniej trzykrotnie, próbował stworzyć produkt, który by się nazywał świadczeniem odrębnie finansowanymi i ostatnia próba zakończyła się o tyle powodzeniem, że takie rozporządzenia się ukazały. Tylko że one są sprzeczne z tym co jest robione na całym świecie. Po pierwsze wprowadzono dwa rodzaje ośrodków, a cały świat pracuje w oparciu o ideę Breast Unit, po drugie wprowadzono cały szereg różnych szczegółowych wymogów, których większość ośrodków w Polsce nie jest w stanie spełnić. Te wymogi budzą zdziwienie, bo nie są powiązane z tymi, które są opublikowane przez środowisko klinicystów zajmujących się terapią raka piersi. Czyli, po pierwsze - brakuje nam organizacji leczenia raka piersi w Polsce, a po drugie - edukacji całego społeczeństwa. Wreszcie - problem związany z niedoborem kadr medycznych: lekarzy onkologów, pielęgniarek onkologicznych, itp. Trzeba przyznać, że sytuacja dostępu Polek do leków stosowanych w terapii raka piersi relatywnie się poprawiła. W programie lekowym dla pacjentek z rakiem piersi HER2 minus zrefundowano w 2019 r. dwie substancje palbocycylib i rybocycylib. Klinicyści i pacjenci oczekują na abemacycycylib, który różni się profilem toksyczności i dawkowaniem. Dla chorych ma to znaczenie, że można bardziej indywidualnie podejść do leczenia. Mam nadzieję, że w najbliższej przyszłości wszystkie leki będą dostępne, gdyż są one potrzebne pacjentkom mającym wskazania do tej grupy leków.

### ***3.9. Dr n. med. Michał Sutkowski – rak jelita grubego, trzustki i wątroby oraz profilaktyka nowotworów***

#### **Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce**



Z racji na nieobecność w debacie onkologów leczących raka jelita grubego, raka trzustki i raka wątroby warto przedstawić wyzwania dotyczące diagnostyki i terapii tych nowotworów – także z perspektywy lekarza pierwszego kontaktu. Najważniejsze, abyśmy pamiętali o fakcie, że przełomy w onkologii przekładają się na możliwość życia chorego dłużej, a nowotwór nawet nie całkowicie wyleczony może być traktowany dzięki nowej terapii, jako choroba przewlekła, z którą żyje chory. W raku jelita grubego zrefundowano w 2019 r. lek triflurydyna i typiracyl - stosowany w trzeciej i czwartej linii leczenia oraz przywrócono refundację leków cetuksymab i bewacyzumab. To bardzo ważne decyzje refundacyjne Ministra Zdrowia, które dały nowe szanse chorym na raka jelita grubego w Polsce. W przypadku raka trzustki fundamentalne jest leczenie operacyjne – ale na szanse skutecznej operacji ma tylko ok. 10% chorych z racji rozpoznania raka trzustki w zbyt zaawansowanym stadium. Wyzwania po stronie diagnostyki - także na poziomie lekarza rodzinnego to częstsze stosowanie badanie USG. Nadzieja, aby obniżyć bardzo wysoką śmiertelność w tym typie nowotworu to wcześniejsze rozpoznania i dostęp do nowych terapiach lekowych. Dla chorych ważna była decyzja Ministra Zdrowia o dostępie do nanocząsteczkowego kompleksu paklitakselu z albuminą oraz gemcytabiny. Wciąż jednak czekamy na następne leki, dające szansę na kolejny, wygrany z chorobą, czas. Ostatnio pojawiła się nowa postać liposomalna irynotekanu, zapewniająca lepszą penetrację i uwalnianie substancji aktywnej w obrębie guza, stosowana w leczeniu raka trzustki z przerzutami.

Mówiąc o koronawirusie SARS-COV-2 warto pamiętać również o wirusie brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz wirusie zapalenia wątroby typu C (HCV). W pierwszym przypadku zalecane jest finansowanie ze środków publicznych szczepień ochronnych dla dziewcząt. To pierwszy, ale ważny krok w prewencji, odpowiedzialnych za zakażenie HPV, nowotworów: szyjki macicy, ale też jamy ustnej i gardła. Rocznie w Polsce na raka szyjki macicy zachorowuje 3 tys. kobiet, z czego połowa umiera. W przypadku HCV, odpowiedzialnego za wirusowe zapalenie wątroby typu C, marskość i raka wątrobowokomórkowego pilnym wyzwaniem staje się wdrożenie badań przesiewowych w kierunku WZW-C. Oczekiwane przez WHO oraz możliwe, dzięki skutecznym terapiom, wyeliminowanie wirusa HCV do 2030 r. pozwoliłoby na znaczące zmniejszenie liczby zachorowań i zgonów z powodu raka wątroby. Przypomnijmy, że w Polsce umiera z tego powodu ok. 1 tys. pacjentów rocznie.

### **3.10. Wiceminister Zdrowia Maciej Miłkowski – perspektywa regulatora**

W warunkach pandemii priorytetem jest zapewnienie ciągłości leczenia i bezpieczeństwa pacjentów onkologicznych. Ministerstwo Zdrowia opracowuje i wdraża rozwiązania w zakresie onkologicznych i hematologicznych programów lekowych i katalogu chemioterapii, które umożliwią bardziej elastyczne leczenie i wydawanie leków na dłuższy czas. Pragniemy wdrożyć uregulowania służące współpracy pomiędzy hurtowniami farmaceutycznymi i transportem medycznym a szpitalami na dostarczanie leków do domów pacjenta. Modyfikujemy możliwości diagnostyki i leczenia tak, by pacjenci mieli możliwość leczenia w domu, co pozwoli ich samych i personel medyczny uchronić przed ryzykiem zakażenia.



Najważniejsza dla ciągłości pracy systemu ochrony zdrowia jest dziś minimalizacja ryzyka zakażenia personelu medycznego. I to jest w przypadku placówek onkologicznych na bieżąco realizowane - ponieważ Państwa ośrodki kliniczne cały czas pracują. W wielu zakresach zabiegi zostały odroczone. Wiemy doskonale, że musimy do nich jak najszybciej wrócić. Fundamentalnym wyzwaniem jest testowanie oraz zaopatrzenie w środki ochrony indywidualnej personelu, uzależnione od miejsca pracy i współpracy z pacjentami. Chciałem w tym miejscu bardzo podziękować za wytyczne towarzystw onkologicznych i hematologicznych. Dzięki nim wszyscy interesariusze systemu ochrony zdrowia – z pacjentami na czele - mają możliwość dostępu do aktualnej wiedzy i informacji opartej o wiarygodne dane i źródła.

W zakresie nowych technologii lekowych wstrzymaliśmy, z powodu pandemii, nowe decyzje refundacyjne do 1 września 2020 r. Cały czas jednak jesteśmy w kontakcie z producentami. Mimo przesunięć terminów, prace dedykowane udostępnieniu kolejnych terapii trwają i jest duża szansa na finansowanie ze środków publicznych części z nich, dzięki racjonalnej polityce cenowej podmiotów odpowiedzialnych. Część negocjacji zakończyła się pozytywnie. W raku płuca zrefundowaliśmy w ostatnim okresie atezolizumab, alektynib oraz kryzotynib. W III linii leczenia refundujemy praktycznie większość leków. Wyzwaniem nadal pozostaje kwestia I i II linii leczenia. W terapii raka piersi zrefundowaliśmy w 2019 r. inhibitory kinaz: palbocyklib i rybocyklib. Trzeci z tej grupy leków - nierefundowany jeszcze abemacyklib oraz dodatkowe wskazanie dla rybocyklibu postaramy

się zrefundować od 1 września 2020 r. Jeśli chodzi o rak jajnika zgadzam się z prof. Bidzińskim, że ważne jest leczenie operacyjne i koordynacja leczenia. Chcemy współpracować w zakresie stworzenia rejestrów. Refundacja szczepień przeciwko HPV była przewidziana zgodnie z Narodową Strategią Onkologiczną na 2021 r. Chcemy, żeby pierwsze pacjentki były zaszczepione, gdy wszystkie szczepionki będą dostępne na rynku, co wg. deklaracji producentów ma dokonać się pod koniec 2021 r. Powinny to być szczepienia bezpłatne i zalecane, a nie obowiązkowe i płatne. Tak, żeby jak największa populacja mogła być objęta tym szczepieniem.

Na temat badań przesiewowych w kierunku WZWC trwają rozmowy z Ministerstwem Sprawiedliwości celem prowadzenia ich w grupach największego ryzyka - u więźniów. Przypomnę, że dostęp dla polskich pacjentów do najnowocześniejszych terapii WZWC jest zapewniony. Wierzę, że już wkrótce zmieni to statystyki zachorowań na raka wątroby.

### **3.11. Marzanna Bieńkowska – perspektywa Rzecznika Praw Pacjenta**

**Za-ca Dyrektora**

**Departamentu Dialogu Społecznego i Komunikacji**

**Biuro Rzecznika Praw Pacjenta**

W imieniu Rzecznika Praw Pacjenta chciałam bardzo podziękować dyrektorom podmiotów leczniczych, pełnomocnikom ds. pacjenta w szpitalach, lekarzom POZ-ów oraz innym przedstawicielom placówek medycznych, którzy są otwarci na pomoc pacjentom i współpracują z nami. Jeśli chodzi o czas epidemii to pacjenci onkologiczni potrzebują rzetelnych informacji, pomocy, wsparcia w trudnych sytuacjach. W czasie pandemii rośnie znaczenie dostępu do teleporad. Rzecznik Praw Pacjenta utworzył numer dedykowany chorym onkologicznym. Najczęściej podnoszone kwestie dotyczą wypisania recept i dostaw leków. Bardzo ważne, szczególnie w czasie epidemii jest wsparcie psychologiczne. Pacjenci mają wiele obaw z powodu ich zwiększonego ryzyka zachorowania na koronawirusa. Ważne jest tworzenie wytycznych dla sytuacji pogorszenia stanu zdrowia. Chorzy chętnie z tych wytycznych korzystają. Przysłuchując się tej dyskusji widzę jak wiele dzieje się w onkologii i hematologii w Polsce. Z punktu widzenia chorych onkologicznie bardzo ważna jest Narodowa Strategia Onkologiczna oraz Krajowa Sieć Onkologiczna, które stwarzają warunki na poprawę dostępu do diagnostyki i leczenia.



### **3.12. Mec. Piotr Mierzejewski – perspektywa Rzecznika Praw Obywatelskich**

**Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego oraz Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich**

Do Rzecznika Praw Obywatelskich zwracają się nie tylko pacjenci onkologiczni, lecz też lekarze, konsultanci medyczni oraz podmioty prowadzące placówki ochrony zdrowotnej. Rzecznik, korzystając ze swoich uprawnień, działa dwutorowo. Po pierwsze kieruje wystąpienia do Ministra Zdrowia lub do departamentów w MZ i reaguje na najistotniejsze kwestie zawarte w skargach, które do nas wpływają. Najczęściej ich treść odnosi się do kwestii związanych



z uzyskaniem recepty i możliwością otrzymania leku bez ryzyka zakażenia. Rzecznik Praw Obywatelskich również podejmuje interwencje o charakterze jednostkowym, np. kiedy pacjenci zauważają u siebie objawy choroby nowotworowej, ale mają problem z uzyskaniem konsultacji lekarskiej ponieważ placówki są nieczynne, a dyżury lekarzy odwołane. W takich sytuacjach urząd Rzecznika zwraca się do wojewódzkich placówek NFZ z prośbą o reakcję w trybie pilnym.

Działania Rzecznika Praw Obywatelskich w czasie epidemii zaczęły się stosunkowo wcześnie. Już 6 marca 2020 r. i ponownie 17 marca 2020 r. Rzecznik Praw Obywatelskich wystosował apel w sprawie środków ochrony osobistej, w trosce nie tylko o pacjentów, ale też kadry medyczne. Zapewnienie dostępu do nich postrzegamy jako jeden z podstawowych elementów ochrony osób chorych onkologicznie. Rzecznik Praw Obywatelskich skierował również wystąpienie 24 marca 2020 r., które dotyczyło osób w stanie nagłym, w tym również chorych onkologicznie w celu zapewnienia im możliwości kontynuacji leczenia. Ostatni problem to przekształcania szpitali w szpitale jednoimienne zakaźne. Tu pacjenci zgłaszali obawy, co z nimi będzie, skoro na dniach mieli umówione wizyty, konsultacje, operacje czy rehabilitacje. W tym zakresie również skierowaliśmy wystąpienie do właściwych jednostek. Cały czas wsłuchujemy się w głosy Państwa i Waszych pacjentów gotowi do pomocy.

### ***3.13. Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA – aspekty systemowe***

Na choroby nowotworowe 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 przeżywiających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej, a także zwiększenie wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach oraz poprawa jakości życia w trakcie i po ukończonym leczeniu. Dla pacjenta onkologicznego fundamentalne znaczenie ma dostęp do kompleksowej i koordynowanej opieki medycznej – w tym do technologii medycznych zalecanych przez standardy kliniczne polskich towarzystw naukowych. Należy podkreślić poprawę w dostępie do nowoczesnych terapii onkologicznych i onkohematologicznych w latach 2018-2020. Sytuacja epidemiologiczna nie powinna być przesłanką do wstrzymania przyjęć pacjentów onkologicznych. Każdy pacjent ma prawo do kontynuowania terapii przeciwnowotworowej oraz jak najszybszego rozpoczęcia terapii w przypadku zdiagnozowania nowotworu. Bardzo ważnym jest, aby poprzez adekwatne do potrzeb testowanie, stosowanie środków ochrony oraz modelu opieki onkologicznej dostosowanego do pandemii koronawirusa, utrzymać ciągłość pracy ośrodków onkologicznych. Oczywiście w tym procesie należy optymalnie i maksymalnie wykorzystywać narzędzia e-zdrowia oraz opiekę nad pacjentem w warunkach domowych. Należy również implementować wytyczne WHO odnoszące się do powszechnych testów na obecność koronawirusa, jako najskuteczniejszej metody ochrony personelu medycznego i pacjentów, a szczególnie tych o osłabionej chorobą i leczeniem odporności. W tym aspekcie – dwustrefowe palcówki ochrony zdrowia – szpitale, przychodnie, gabinety - to konieczne wyzwanie finansowe i organizacyjne. Z koronawirusem będziemy musieli nauczyć się żyć przynajmniej do czasu możliwości zastosowania szczepionki lub/i skutecznego leku.



Ważnym jest, aby doświadczenia pandemii były katalizatorem koniecznych zmian w polskim systemie ochrony zdrowia. Zmian, nad którymi od wielu lat debatujemy i o których konieczności wprowadzenia wszyscy wiemy: traktowania ochrony zdrowia jako priorytet narodowy, adekwatnego finansowania, inwestycji w kadry medyczne, informatyzacji, płacenia za wynik, kompleksowości i koordynacji.

## 4. Podsumowanie

### 4.1. Prof. Paweł Kowal

Najważniejszym postulatem wynikającym z dzisiejszej debaty jest zapewnienie bezpieczeństwa narodowego w dobie pandemii. Chodzi o to, żeby strategicznie przygotować się na sytuację, która z punktu widzenia bezpieczeństwa narodowego ma miejsce. Bo zagrożenie typu SARS było przewidywane przez strategów pod hasłem - wirus X. Przewidywano, że przyjdzie kiedyś taki moment, gdy wybuchnie epidemia światowa, wirus będzie zjadliwy i trzeba będzie się przed nim chronić. Był to scenariusz bezpośrednich zagrożeń dla bezpieczeństwa narodowego. I oto - jest. Więc jeśli już tego doświadczamy to powinniśmy wyciągnąć wnioski i stworzyć rekomendacje, które powinny być skonstruowane albo/i także w kontekście onkologii. Specyfika onkologii polega na tym, że tu nie ma miejsca na opóźnienia w dostępie do diagnostyki i terapii chorych. Innymi słowy - czynnikiem decydującym o sukcesie lub przegranej jest czas. Mówiliśmy o tym kilka miesięcy temu organizując debatę „Czas w Onkologii”. W dobie pandemii szybkość niezbędnych decyzji administracyjnych i interwencji medycznych jest jeszcze ważniejsza. Tu naprawdę nie ma miejsca na żadne opóźnienia. Wyzwaniem chwili staje się również chronienie kadr medycznych i umożliwienie im bezpiecznej pracy. Czyli - powinniśmy w planowaniu strategicznym zapewnić dla ośrodków onkologicznych dostęp do środków ochrony osobistej oraz wszystkich metod minimalizujących ryzyko zakażenia. Niezbędne jest stworzenie pakietu, który zapewni ciągłość pracy szpitali i radykalnie obniży ryzyko związane z wykonywaniem pracy kadr medycznych w warunkach pandemii. Następną rekomendacją powinno być zapewnienie lekarzom utrzymania ciągłości pracy. Pamiętajmy, że oni też muszą się zająć dziećmi (bo szkoły i przedszkola przestają pracować), mają też, tak jak wielu z nas, inne ważne zobowiązania rodzinne.



### 4.2. Dr Janusz Meder

Doświadczenia pandemii koronawirusa dowodzą słuszności podejmowanych przez Medyczną Rację Stanu działań. Dla wszystkich powinno już dziś być oczywiste, że zdrowie jest gwarancją naszego bezpieczeństwa i potężnym kapitałem. Największym wyzwaniem na czas pandemii i po nim jest zapobieganie cierpieniu fizycznemu i psychicznemu, które niesie nie tylko choroba, ale i kontekst pandemii. Widzimy dramaty pacjentów onkologicznych doświadczonych nie tylko brzemieniem choroby, ale w dobie pandemii dodatkowo - ryzykiem zakażenia oraz samotnością na oddziałach szpitali, domach, czy w hospicjach. Szczególnie więc już teraz i w chwili, gdy uznamy, że możliwy jest powrót do normalnego funkcjonowania warto pamiętać, by nie ulec pokusie marginalizowania wyzwań zdrowotnych pod presją bieżących kalkulacji ekonomicznych, czy politycznych. Dokonania ostatnich paru lat na rzecz polskiej onkologii wypracowane przez kilkudziesięciu polskich onkologów we współpracy z decydentami i ekspertami,





zmierzające do radykalnej poprawy systemu wysokojakościowej, kompleksowej opieki koordynowanej i zapewnienia powszechnego, równego dostępu do niej - nie mogą nawet na chwilę ulec zatrzymaniu lub opóźnieniu!

## 5. Rekomendacje

1. Chorzy onkologicznie w czasie pandemii powinni mieć zagwarantowany dostęp do zalecanej przez standardy kliniczne terapii – zarówno w aspekcie kontynuacji rozpoczętego leczenia, jak i w przypadku nowych zachorowań.
2. Jednocześnie biorąc pod uwagę fakt, że chorzy onkologicznie są znacząco bardziej narażeni na zakażenie koronawirusem i rozwój COVID-19 opieka onkologiczna i onkohematologiczna powinna być prowadzona w warunkach bezpiecznych dla pacjenta.
3. Z racji na ograniczone zasoby kadrowe szczególną ochroną medyczną i socjalną powinien być objęty personel medyczny prowadzący i uczestniczący w procesach diagnostyki i leczenia chorych onkologicznych i onkohematologicznych.
4. W zakresie refundacji publicznej rekomendowane jest regularne dopełnianie wachlarza terapeutycznego kolejnymi lekami już od pierwszej linii leczenia.
5. Bardzo ważne jest prowadzenie skutecznych i pokrywających całą populację badań przesiewowych i adekwatny dostęp do diagnostyki w kierunku nowotworów oraz czynników je wywołujących.



## 6. Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu

### 6.1. Nowotwory i pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 w Polsce

Sytuacja chorych onkologicznie w czasie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 wymaga priorytetowego potraktowania. Wg Ministerstwa Zdrowia „najbardziej narażone na rozwinięcie ciężkiej postaci choroby (COVID-19) i zgon są osoby starsze, z obniżoną odpornością, którym towarzyszą inne choroby, w szczególności przewlekłe”. Polskie Towarzystwo Onkologiczne potwierdziło, że „w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 oraz mając na względzie fakt, że chorzy na nowotwory w trakcie leczenia mają często obniżoną odporność” i opublikowało na swojej stronie internetowej szereg zaleceń dla lekarzy i pacjentów, w tym: „Zalecenia dla pacjentów onkologicznych w związku z sytuacją epidemiologiczną w kraju” (data publikacji 16.03.2020), „Stanowisko PTOK ws. leczenia systemowego pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej w kontekście pandemii SARS-CoV-2” (26.03.2020). W zakresie hematologii onkologicznej Polska Grupa Szpiczakowa opublikowała zalecenia dla pacjentów z nowotworami krwi: „Zalecenia dla chorych na szpiczaka plazmocytozy w czasie epidemii SARS-CoV-2” (27.03.2020) oraz „Epidemia SARS-CoV-2 - zalecenia dla osób z ostrymi białaczkami” (28.03.2020). W dniu 13.03.2020 Ministerstwo Zdrowia wydało „Komunikat dla podmiotów leczniczych realizujących umowy w rodzaju Leczenie szpitalne programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia, a także dla pacjentów objętych tym leczeniem”. W związku ze szczególnymi rozwiązaniami związanymi z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 Ministerstwo Zdrowia rekomenduje: możliwość wydawania takiej ilości produktu leczniczego, który w opinii lekarza prowadzącego zabezpieczy terapię pacjenta na maksymalnie długi okres bez konieczności niezbędnej wizyty, jednak nie dłuższy niż 6 miesięcy.

Z perspektywy pacjentów chorych na nowotwory sytuacja pandemii jest olbrzymim zagrożeniem. Ogólnopolska Federacja Onkologiczna wysłała w dniu 26.03.2020 r. do Ministra Zdrowia wnioski o udzielenie odpowiedzi w trybie dostępu do informacji publicznej dotyczącej: dostępności do diagnostyki i leczenia onkologicznego, sytuacji kadrowej w podmiotach onkologicznych, zabezpieczenia w środki ochrony osobistej kadry medycznej oraz wykonywania testów w kierunku koronawirusa SARS-CoV-2 u kadry medycznej. Organizacje pacjenckie informują, że większość centrów onkologii i szpitali zajmujących się leczeniem onkologicznym pracuje normalnie, ale skupia się głównie na kontynuacji leczenia. Przekładane są operacje, podawanie chemioterapii. Największy problem mają tzw. pacjenci pierwszorazowi, czyli tacy u których dopiero podejrzewa się nowotwór i powinni tę diagnozę potwierdzić (lub wykluczyć) badaniami. W wyjątkowo trudnej sytuacji są pacjenci hematoonkologiczni, zwłaszcza ci po przeszczepieniach szpiku czy w trakcie leczenia. System immunologiczny pacjenta hematoonkologicznego jest zwykle bardzo wyniszczony długim leczeniem (Beata Białkowska-Cybula z Fundacji Carita). Stowarzyszenia pacjentów chorych onkologicznie aktywnie włączają się w przeciwdziałanie skutkom pandemii. Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych zainicjowała wspólne działania na rzecz wsparcia placówek onkologicznych w czasie pandemii koronawirusa. W ramach akcji „Onkologiczni w walce z koronawirusem” odbędzie się internetowa zbiórka pieniędzy, które zostaną przekazane leczącym chorych na nowotwory na zakup środków ochrony i testów.

Pamiętając o tym, jakie znaczenie ma dla pacjenta onkologicznego dostęp do metod leczenia zalecanych przez standardy kliniczne polskich towarzystw naukowych, należy podkreślić poprawę

w dostępie do nowoczesnych terapii w latach 2018-2020. Jednocześnie polscy chorzy onkologiczni czekają na dostęp refundacyjny do nowych terapii. Przedstawiono to w części poświęconej poszczególnym nowotworom.

## 6.2. Wybrane aktualne wyzwania terapii guzów litych i nowotworów krwi w Polsce

### 6.2.1. Rak jelita grubego

Rak jelita grubego rzadko daje czytelne objawy w początkowej fazie rozwoju, co nie sprzyja wczesnej diagnozie i stwarza złudne poczucie bezpieczeństwa. Złudne, ponieważ każdego roku zachorowuje na ten nowotwór 18 tys. Polaków, a aż 12 tys. umiera – co przekłada się na 33 zgony dziennie. Obecnie jest on drugim u mężczyzn, a trzecim u kobiet pod względem umieralności nowotworem w Polsce.

Dynamika zapadalności na tę chorobę jest jedną z najwyższych w Europie. Najnowsze dane pokazują, że w 2025 r. na nowotwór ten zachoruje w Polsce ok. 15 tys. mężczyzn i 9,1 tys. kobiet – łącznie ponad 24,1 tys. osób. W ogólnych statystykach dotyczących pięcioletnich przeżyć w Europie, Polska znajduje się na przedostatniej pozycji. Pięcioletnie przeżycia są o 10 punktów procentowych niższe niż we Francji czy Niemczech. Ryzyko rozwoju raka jelita grubego znacznie wzrasta u osób po 50 roku życia.

Specyfika rozwoju raka jelita grubego nie sprzyja wczesnej diagnozie tylko na podstawie obserwacji objawów. Ogromne znaczenie ma w tym przypadku badanie profilaktyczne – kolonoskopia. Wykrywanie zmian polipowatych we wczesnym etapie daje pacjentom szansę na zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka jelita grubego nawet o 75-90 procent. Niestety zgłaszalność na badania przesiewowe wynosi zaledwie 17%. W raku jelita grubego zrefundowano lek zawierający triflurydynę i typiracyl - stosowany w trzeciej i czwartej linii leczenia. Dostęp do skutecznego leczenia pierwszej i drugiej linii to niekwestionowany sukces, który zasługuje na kontynuację. Dzięki wdrażaniu odpowiedniego leczenia w kolejnych etapach choroby pacjent zyskuje, tak ważny dla niego Czas. Czas, który daje szansę na aktywne życie zawodowe i rodzinne, ale także pozwala doczekać do kolejnej terapii. To właśnie dzięki mechanizmowi sekwencyjnego leczenia mówimy dziś o sukcesie medycyny w walce z największym cywilizacyjnym zagrożeniem.

### 6.2.2. Rak piersi

W terapii raka piersi zrefundowano inhibitory kinaz CDK4/CDK6 (palbocyklib i ribocyklib)!!!!. Ta klasa leków stosowana w skojarzeniu z klasyczną hormonoterapią blokuje jedną z faz podziałów komórkowych, którym podlegają również komórki nowotworowe. Omawiana klasa leków dedykowana jest do leczenia grupy chorych na zaawansowanego hormonozależnego raka piersi bez nadmiernej ekspresji receptora HER2. Trzeci z preparatów – nierefundowany jeszcze abemacyklib - wyróżnia się tym, że poprzez stałe blokowanie cyklu, powoduje śmierć komórki nowotworowej. Pojawienie się nowej klasy leków (inhibitorów CD4 i 6) pozwala na zastąpienie leczenia chemioterapią lub odroczenie jej w czasie. Dla abemacyklibu mediana odsunięcia wdrożenia chemioterapii wyniosła ponad 50 miesięcy. O tyle pacjentki żyją dłużej w znacznie wyższym komforcie i lepszej jakości życia vs. chemioterapia. Wszystkie leki wykazują zbliżoną skuteczność

w zakresie spowolnienia progresji choroby nowotworowej zarówno w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy jak i fulwestrantem. W skojarzeniu z fulwestrantem jedynie dla dwóch inhibitorów (abemacyklib, rybocyklib) wykazano dotychczas, statystycznie istotne wydłużenie przeżycia całkowitego u chorych po menopauzie. Dla skojarzenia abemacyklibu z fulwestrantem potwierdzono znamienne wydłużenie przeżycia całkowitego chorych wobec dotychczasowego standardu leczenia fulwestrantem o kilka miesięcy z mediana wynoszącą ponad 9 miesięcy i jednocześnie zmniejszenie względnego ryzyka zgonu o ponad 30 procent. Wyniki badania rejestracyjnego wskazują na podobną skuteczność w podgrupach chorych z pierwotną hormonoopornością oraz obecnością przerzutów do narządów miękkich. Należy podkreślić, że nie zawsze udaje się wykazać wpływ nowej terapii na znaczące wydłużenie życia chorych w przypadku choroby zaawansowanej, co tym bardziej potwierdza wysoką wartość kliniczną terapii. Zarówno wyniki dotyczące skuteczności, jak i przewidywanej toksyczności leczenia pozwalają lekarzowi na odpowiedni dobór leczenia zależnie od klinicznego profilu pacjenta. Dlatego ze względu na potrzebę indywidualizacji terapii, wszystkie trzy preparaty powinny być dostępne dla polskich pacjentów.

### 6.2.3. Rak trzustki

Rak trzustki w Polsce jest przyczyną zaledwie 3% wszystkich diagnoz onkologicznych. Zajmuje 10. pozycję pod względem zachorowalności. Jednak pod względem przyczyn zgonów z powodu chorób nowotworowych zajmuje 6. pozycję. Rak trzustki jest jednym z najgorzej rokujących nowotworów – szansę na 5-letnie przeżycie ma zaledwie 1-3% pacjentów. Ogromny postęp w tym zakresie dokonał się w ostatnich latach w wielu obszarach onkologii np. w przypadku niektórych postaci raka piersi, czy raka prostaty. Niestety rak trzustki pozostaje wciąż w czołówce raków o najgorszym rokowaniu. Nowotwory są chorobami o ogromnym zróżnicowaniu zarówno pod względem profilaktyki, rokowania, jak i dostępności metod terapeutycznych. Poza nowotworami, w przypadku których profilaktyka odgrywa ogromną rolę np. w raku jelita grubego, czy raku piersi istnieje pewna, niewielka grupa nowotworów, np. glejak, rak trzustki, w przypadku których nie mamy praktycznie żadnej skutecznej metody badań przesiewowych, a także praktycznie niemożliwe, czy też bardzo ograniczone jest wpływanie na redukcję zachorowalności poprzez modyfikację stylu życia. Co więcej w przypadku raka trzustki przebieg choroby jest na początku bardzo skąpo objawowy, a pojawiające się objawy są na tyle niespecyficzne, że znakomita większość pacjentów otrzymuje diagnozę w momencie kiedy jest to choroba w postaci zaawansowanej. Powyższe determinuje także rokowanie u pacjentów.

Ogromne różnice dotyczą też dostępności do metod terapeutycznych. Istnieją nowotwory, w terapii których dostępnych jest kilka linii leczenia, terapia spersonalizowana, immunoterapia. Ostatnie lata przyniosły ogromny postęp w tym obszarze np. w przypadku raka piersi, a nawet raka płuca. Dramatyczna sytuacja dotyczy pacjentów z rakiem trzustki, gdzie pomimo fatalnego rokowania lekarze mają bardzo ograniczone narzędzia terapeutyczne. Niewiele jest bowiem metod terapeutycznych o udokumentowanej skuteczności. Nieskuteczna okazuje się immunoterapia. Leki trudno penetrują do guza. Kolejne badania kliniczne nie przynoszą zadawalających wyników. Dlatego klinicyści postulują o optymalizowanie wszystkich etapów postępowania z pacjentem prowadzących do poprawy rokowania u pacjenta – od diagnostyki po terapię. W Polsce wciąż istnieją białe plamy dotyczące całego procesu postępowania z pacjentem z rakiem trzustki np. diagnostyka pomimo wprowadzenia karty DILO jest za długa. Oczekiwanie kilka tygodni na opisany wynik TK przy tak dramatycznie złym rokowaniu u tych pacjentów może przekreślić szanse pacjenta na przedłużenie

życia. Podsumowując: w takich nowotworach, o tak ogromnym odsetku umieralności należy dołożyć szczególnych starań, aby optymalizować każdy z etapów postępowania z pacjentem od diagnostyki po terapię, w przypadku której wszystkie dopuszczone do obrotu leki o udowodnionej skuteczności obecne w zaleceniach towarzystw naukowych powinny być udostępnione pacjentom.

#### 6.2.4. 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. 23 000 chorych, co stanowi ok. 24% wszystkich zgonów w następstwie nowotworów. Liczba zgonów w następstwie raka 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. Tylko ok. 2 tysiące pacjentów z rakiem płuca jest rocznie 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. W ich 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 z 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 innowacyjnych terapii. Nowa opcja terapeutyczna – pembrolizumab w połączeniu z chemioterapią w ramach I linii leczenia - może wydłużyć średnią medianę przeżycia o dodatkowe 12 miesięcy. Wygeneruje to też oszczędności na II linii.

W ostatnich decyzjach refundacyjnych Ministra Zdrowia w raku płuca refundacją został objęty atezolizumab - dla pacjentów w drugiej linii leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca o typie płaskonabłonkowym oraz rakiem płuca o typie innym niż płaskonabłonkowy. Do tej pory ten drobnokomórkowy rak płuca mógł być leczony, przy pomocy tradycyjnej chemioterapii. Atezolizumab, jest pierwszym zarejestrowanym w tym wskazaniu lekiem, który pozytywnie zakończył proces badawczo rozwojowy. Immunoterapia, także atezolizumabem wprowadza nowy wymiar

przeżyć. Dzisiaj mediany przeżyć wolnych od progresji nie są już liczone w pojedynczych miesiącach. Zrefundowano również alektynib - w ramach pierwszej linii leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca oraz po niepowodzeniu terapii kryzotynibem. W przypadku alektynibu, przeżycia są liczone w latach – czyli połowa pacjentów przeżywa w tym wypadku 36 miesięcy. Refundacją objęto także kryzotynib - w pierwszej linii leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca, a ponadto w populacji pacjentów z rearanzacją genu ROS1.

Zmiany w przypadku programu lekowego B.6. „Leczenie raka płuca” wymagają znaczącego rozszerzenia dostępu do refundacji I linii leczenia i zwiększenia finansowania ze strony NFZ. Rak płuca to zabójca nr 1 wśród chorób nowotworowych więc liczba leczonych pacjentów innowacyjnymi terapiami w ramach programu lekowego powinna być równie duża co implikuje, że wydatki NFZ na ten program lekowy w przyszłości mogą być najwyższe.

### 6.2.5. 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. Podstawową opcją terapeutyczną dla pacjentów z rakiem nerki, jak i dla wielu innych pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową, jest 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 multidyscyplinarnej i wielokierunkowej. 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.

### 6.2.6. Rak jajnika

W Polsce notuje się rocznie blisko 3,5 tys. zachorowań na nowotwór złośliwy jajnika i liczba ta systematycznie rośnie. Ponad 50% zachorowań 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 (stadium 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 rodniczego, takie 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.

Leczenie raka jajnika obejmuje leczenie chirurgiczne i w większości przypadków chemioterapię opartą na pochodnych platyny. Pomimo wysokiego odsetka odpowiedzi na chemioterapię na bazie platyny w pierwszej linii, około 85% pacjentek doświadczy nawrotu choroby. Dla większości pacjentek z rakiem jajnika 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. 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 2. 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.

### 6.2.7. Rak wątroby

Każdego roku w Polsce rozpoznaje się blisko 3 tys. zachorowań na nowotwór złośliwy wątroby (rak wątrobowokomórkowy). Z tego ok. 1 tys. chorych umiera. Terapia raka wątroby zależy od zaawansowania klinicznego choroby. Leczenie operacyjne raka wątroby jest możliwe u ok. 30% pacjentów, u których został rozpoznany w odpowiednio wczesnym stadium zaawansowania. Obecnie standardowym lekiem stosowanym w programie lekowym dotyczącym terapii raka wątroby jest sorafenib. Pilnym wyzwaniem staje się wdrożenie badań przesiewowych w kierunku WZW-C. Oczekiwane przez WHO oraz możliwe dzięki skutecznym terapiom, wyeliminowanie wirusa HCV do 2030 r. pozwoliłoby na znaczące zmniejszenie liczby zachorowań i zgonów z powodu raka wątroby.

### 6.2.8. Przewlekła białaczka limfocytowa

Przewlekła białaczka limfocytowa jest wolno postępującym nowotworem krwi, powstającym w wyniku mutacji komórki jednego rodzaju limfocytów, zwanych limfocytami B. Jest to najczęściej występująca postać białaczki, która odpowiada za około 1/3 nowych rozpoznań w UE. Choroba ta może mieć różny przebieg. Około 1/3 chorych nie wymaga leczenia. Kolejne 30 procent pacjentów powinno być leczonych od momentu jej rozpoznania. Reszta wymaga obserwacji, a z czasem włączenia odpowiedniej terapii. W przypadku pacjentów, u których istnieją wskazania do rozpoczęcia terapii, wyniki leczenia pierwszej linii są w większości przypadków korzystne. Stosuje się u nich tzw. immunochemioterapię w połączeniu z chemioterapią. W najtrudniejszej sytuacji są jednak chorzy z agresywną postacią choroby oraz postacią nawrotową i lekooporną, którzy nie mają delecji 17p, ani mutacji TP53. W Polsce umiera o 20 procent więcej chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (PBL) niż w innych krajach Europy. W 2019 r. zrefundowano wenenotoklaks dla pacjentów z przewlekłą



białaczką limfocytową z mutacją TP53 lub delecją 17p, którzy przestali odpowiadać na ibrutynib oraz dla pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową bez mutacji TP53 lub delecji 17p.

### 6.2.9. Przewlekła białaczka szpikowa i ostra białaczka limfoblastyczna

Przewlekła białaczka szpikowa jest jednym z nowotworów mieloproliferacyjnych. Natomiast ostra białaczka limfoblastyczna jest agresywnym rozrostem prekursorowych komórek limfoidalnych (limfoblastów) wywodzących się z linii B lub T. U około 19-25 proc. chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną występuje ta sama zmiana cytogenetyczna, która jest charakterystyczna dla przewlekłej białaczki szpikowej, czyli chromosom Philadelphia. Zachorowalność na te dwie choroby jest podobna: około 1,6/100 000 mieszkańców/rok. Chorzy i hematolodzy w Polsce oczekują na refundację ponatynibu, który ma zastosowanie w niewielkiej grupie chorych z powyższymi rozpoznaniem, a mianowicie u chorych z mutacją T315I oraz u chorych z niepowodzeniem lub nietolerancją leczenia wcześniej stosowanymi inhibitorami kinazy tyrozynowej (IKT). W takich sytuacjach ponatynib jest lekiem ratującym życie. Ponatynib został zarejestrowany do leczenia dorosłych pacjentów z przewlekłą białaczką szpikową w fazie przewlekłej, w fazie akceleracji oraz w fazie kryzy blastycznej z opornością lub nietolerancją leczenia dazatynibem lub nilotynibem, także u pacjentów z mutacją T315I, dodatkowo u pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną z chromosomem Philadelphia z opornością lub nietolerancją leczenia dazatynibem oraz u pacjentów z mutacją T315I.

## 7. 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
9. Prof. Sebastian Giebel – Kierownik Kliniki Transplantologii Szpiku i Onkohematologii NIO-PIB
10. Dr Jakub Gierczyński – ekspert systemu ochrony zdrowia, MBA
11. Prof. Iwona Hus – Klinika Hematologii IHiT
12. Dr Agnieszka Jagiełło-Gruszczyńska – Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO-PIB
13. Prof. Krzysztof Jamrozik – 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. Dr Michał Sutkowski – Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Uczelnia Łazarskiego
32. Prof. Jan Walewski – Dyrektor NIO-PIB
33. Prof. Marek Wojtukiewicz – Kierownik Kliniki Onkologii, UM w Białymstoku
34. Prof. Jerzy Walecki – Konsultant Krajowy w dziedzinie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, CSK MSWiA
35. Prof. Piotr Wysocki – Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej.

## 8. Tezy dla Zdrowia

W trosce o zdrowie polskiego społeczeństwa, rozumiane jako najwyżej 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. Proponujemy zapisanie w regulaminie Sejmu zasady dorocznego expose Premiera odnoszącego się także do 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 rosnąć 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 przekraczałaby 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 ultraradkich.

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 spełnienie 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 samych 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 CHORÓB 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 CHOROBYM CYWILIZACYJNYM (SERCOWO-NACZYNIOWYM, ONKOLOGICZNYM, METABOLICZNYM)



## **I PREMIOWANIE PRZESTRZEGANIA ZASADY WSPÓŁODWIEDZIALNOŚCI 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 POZIOMIE POZ I STWORZENIE PROGRAMU WSPARCIA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ**

Koordinacja 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 anty-szczepionkowym.

### **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 przeciwwskazaniami do szczepień,
- 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.).

Raport powstał dzięki wsparciu sponsorów/partnerów:

abbvie



Lilly

