



# RAPORT: ŚWIATOWY DZIEŃ WALKI Z RAKIEM. OTWARCI DLA PACJENTA - OTWARCI NA PACJENTA

*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.*



Warszawa, 4 lutego 2021 r.

Raport pt. Światowy Dzień Walki z Rakiem. Otwarcia dla pacjenta - Otwarcia na pacjenta. Medyczna Racja Stanu. Warszawa, Luty 2021 r.

ISBN 978-83-958532-5-8

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

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

1. Minister Sławomir Gadomski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
2. Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia
3. Prof. Andrzej Kawecki, Kierownik Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi NIO-PIB, Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych NIO-PIB w Warszawie
4. Prof. Maciej Krzakowski, Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii Klinicznej, Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej NIO-PIB w Warszawie
5. Prof. Adam Maciejczyk, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii
6. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, NIO-PIB w Warszawie
7. Prof. Piotr Rutkowski, Przewodniczący Zespołu Ministerstwa Zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej, Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków NIO-PIB w Warszawie
8. Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia
9. Krystyna Wechmann, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”, Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych
10. Prof. Piotr Wysocki, Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej.

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

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: Raport pt. *Światowy Dzień Walki z Rakiem. Otwarcia dla pacjenta - Otwarcia na pacjenta. Medyczna Racja Stanu. Warszawa, Luty 2021 r.*

## Spis treści

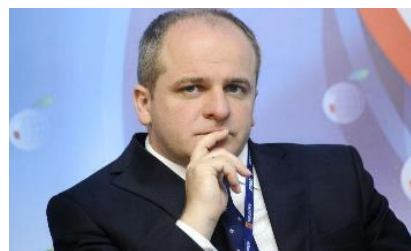
Medyczna Racja Stanu.....	2
Wprowadzenie do debaty, Redaktor Iwona Schymalla .....	8
Światowy Dzień Walki z Rakiem w pandemii... nowotworów, Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii.....	8
Minister Sławomir Gadomski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia .....	10
Prof. Maciej Krzakowski, Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii Klinicznej, Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej NIO-PIB w Warszawie.....	13
Prof. Andrzej Kawecki, Kierownik Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi NIO-PIB, Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych NIO-PIB w Warszawie .....	13
Prof. Adam Maciejczyk, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.....	14
Prof. Piotr Rutkowski, Przewodniczący Zespołu Ministerstwa Zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej, Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków NIO-PIB w Warszawie .....	15
Prof. Piotr Wysocki, Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej.....	16
Krystyna Wechmann, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”, Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych .....	16
Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP .....	17
Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia .....	17
Apel fundacji wspierających dzieci chore na nowotwory .....	18
Rada Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu.....	19
Tezy dla Zdrowia.....	21
Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem.....	25

## 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.



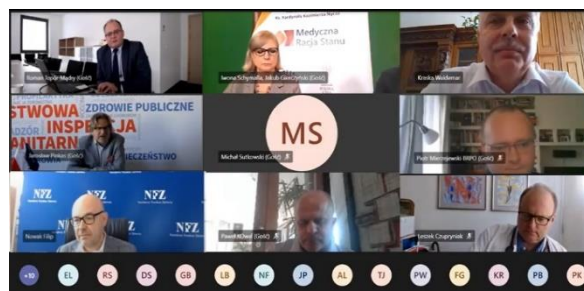
**13 maja 2020 r. – III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu online** – chorzy na choroby rzadkie wymagają szczególnej opieki w dobie pandemii oraz oczekują na Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich. Teraz konieczny jest dostęp do ośrodków klinicznych, leków i wyrobów medycznych.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

**4 lutego 2021 r. - Światowy Dzień Walki z Rakiem - Otwarci dla pacjenta. Otwarci na pacjenta.**  
Debata ekspercko-systemowa odnosząca się do wyzwań onkologii w drugim roku pandemii.



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



Anna Jasińska



Grażyna Mierzejewska



## Wprowadzenie do debaty, Redaktor Iwona Schymalla

Przez ostatnie miesiące pacjenci onkologiczni mieli utrudniony dostęp do diagnostyki i leczenia. Wiemy, że konieczne jest podjęcie jak najszybszych działań, aby zminimalizować fatalne konsekwencje długu zdrowotnego w onkologii.

Pozwolą Państwo, że na początku przeczytam fragment orędzia papieża Franciszka na tegoroczny Dzień Chorego, bo to są bardzo ważne słowa, które właśnie wskazują nam te najistotniejsze problemy: *„Obecna pandemia ujawniła wiele nieprawidłowości w systemach opieki zdrowotnej, braki w zakresie pomocy udzielanej chorym, osoby najstarsze, najstarsze, najbardziej bezbronne, nie zawsze mają dostęp do opieki i nie zawsze odbywa się to w sposób sprawiedliwy. Zależy to od decyzji politycznych, sposobu zarządzania zasobami i zaangażowania osób, które zajmują odpowiedzialne stanowiska. Inwestowanie środków w leczenie i opiekę nad chorymi jest priorytetem związanym z zasadą, że zdrowie jest podstawowym dobrem wspólnym.”* Słowa te są bardzo istotne, szczególnie w tych trudnych czasach, czasach pandemii.



## Światowy Dzień Walki z Rakiem w pandemii... nowotworów, Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii

Zatytułowałem moją prezentację „Światowy Dzień Walki z Rakiem w pandemii... nowotworów”, bo co prawda pandemia odnosi się do chorób zakaźnych, a nowotwory są zaliczane do chorób przewlekłych, ale słowo pandemia oddaje charakter przemian na świecie i wielkie wyzwania społeczne, jakim są nowotwory. W wyniku pandemii COVID-19 pacjenci onkologiczni czują się odosobnieni, nie mają kontaktu ze światem zewnętrznym, z przyczyn oczywistych reżimu sanitarnego.



Z okazji Światowego Dnia Walki z Rakiem chciałbym przypomnieć, że na Światowym Szczyście Walki z Rakiem w Paryżu w 2000 r. powstała Karta Paryska. Jest ona ciągle aktualna ze względu na to, że nowotworów jest jeszcze więcej, a leczenie jest coraz droższe, choć bardziej skuteczne, ale również trudno dostępne dla wszystkich pacjentów. Chcielibyśmy, aby przekaz, który powstanie z dzisiejszej Debaty powiła optymizmem. Dwudziesta pierwsza już edycja Światowego Dnia Walki z Rakiem obchodzona jest pod hasłem „I am and I will – Jestem i będę”. Pamiętajmy, jak bardzo ważne jest wspólne działanie lekarzy, decydentów i pacjentów. Zresztą jak Państwo widzicie, hasłem Polskiej Unii Onkologii, od początku jej istnienia, jest hasło: „Razem pokonamy raka”. Udało nam się osiągnąć w momencie, w którym mieliśmy możliwość realizacji wielkich kampanii społecznych, między innymi „Mam haka na raka”. Młodzież w ramach tej kampanii przynosiła treści do domu, zachęcała rodziny do tego, aby troszczyć się o swoje zdrowie, brać udział w badaniach przesiewowych służących wczesnemu wykrywaniu chorób nowotworowych. Także kampania „Zdrowa Gmina” pokazała, jak wiele zależy od władz lokalnych w kształtowaniu świadomości i działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Jednocześnie 70% pacjentów zgłasza się zbyt późno do onkologów, w późnych stadiach choroby

nowotworowej. Wiadomo, że bardzo dużo zależy od nakładów finansowych na zdrowie – w tym na onkologię. W Europie środkowo-wschodniej odnotowujemy wieloletnie niedofinansowanie ochrony zdrowia. Prognozy pokazują, że w ciągu najbliższych 20 lat nastąpi wzrost zachorowań i zgonów z powodu nowotworów o ponad 60-70%. W Polsce odnotowujemy obecnie blisko 170 tys. nowych zachorowań i ponad 100 tys. zgonów na nowotwory rocznie. W Krajowym Rejestrze Nowotworów widzimy dokładnie, jak wygląda zachorowalność i śmiertelność u kobiet i mężczyzn. Widzimy, jakie nowotwory przodują i też jakie mamy wyleczenia. Oczywiście obserwujemy postęp, ponieważ 20 lat temu to było średnio 30% wyleczeń, a teraz zbliżamy się do średniej 50% wyleczeń. Znacznie lepsza sytuacja występuje u kobiet (56% wyleczeń). Dzięki postępowi w onkologii i hematologii bardzo dużo chorób nowotworowych wcześniej śmiertelnych stało się chorobami przewlekłymi. Obecnie z chorobą nowotworową, która była rozpoznana w ostatnich 10 lat, żyje w Polsce ponad 1 mln osób. To pokazuje, że jednak bardzo dużo dobrego zadziało się dla polskich pacjentów.

Edukacja zdrowotna i zmiana stylu życia powinny być podstawą wszystkich działań w ramach optymalizacji opieki onkologicznej w Polsce. Czekamy w szkołach na godzinę „wychowania w zdrowiu”, która odbywałaby się raz w tygodniu. Bo jak nie wychowamy zdrowego społeczeństwa, które będzie troszczyć się o swoje zdrowie, to nie będziemy mieć środków finansowych, na wyleczenie leczenia tych, którzy są rzeczywiście potrzebujący. Na szczęście mamy Narodową Strategię Onkologiczną, której celem jest obniżenie zachorowalności oraz umieralności na choroby nowotworowe, a także poprawa jakości opieki nad pacjentami onkologicznymi w Polsce. Jestem bardzo zadowolony, że wróciliśmy do koncepcji Profesora Tadeusza Koszarowskiego, który wyprzedził o siedem lat zalecenia WHO, żeby zorganizować sieć ośrodków klinicznych, która świadczy kompleksowe świadczenia onkologiczne. Mamy nadzieję, że po pilotażu nastąpi jak najszybsze wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej na terenie całej Polski, bazując na zdobytych doświadczeniach w czterech województwach. Pacjent musi być nie tylko leczony w sposób skojarzony, zorganizowany w oparciu o konsylia lekarskie, ale przede wszystkim musi stanowić nad tym pieczę osoba, która będzie wytyczała jego ścieżkę bez niepotrzebnych opóźnień oraz będzie przeciwdziałać niewłaściwemu postępowaniu. Najważniejsze jest, aby pacjent nie był zagubiony w systemie. Myślę, że chorzy powinni być wstępnie diagnozowani w kierunku podejrzenia nowotworu już na poziomie lekarza rodzinnego. Lekarz rodzinny był, jest i będzie głównym partnerem w dążeniu do zmiany postaw zdrowotnych, zmian w czujności onkologicznej i zmian pojmowania szybkości działań, bo czas jest niezwykle cenny w onkologii. To zapewni równy dostęp do takiej opieki onkologicznej, która daje najlepsze efekty leczenia. W zakresie dostępu do nowoczesnych terapii w onkologii dążymy wszyscy, żeby polski pacjent miał dostęp do 90% leków przeciwnowotworowych, które są zarejestrowane w Unii Europejskiej. W tej chwili chorzy w Polsce mają dostęp do ok. 50% takich terapii. Coraz więcej pacjentów powinno być jednak leczonych w sposób zindywidualizowany, w ramach onkologii precyzyjnej w oparciu o markery molekularno-genetyczne. W ramach „Europejskiego Planu Walki z Rakiem” chcemy współdziałać z Unią Europejską oraz liczymy na dofinansowanie w zakresie realizowanych projektów. Tutaj wspomagać będzie nas również Europejska Unia Zdrowia, która postawiła na pierwszym miejscu poprawę edukacji, prewencji i profilaktyki w zakresie chorób cywilizacyjnych.

Pandemia COVID-19 była ogromnym zaskoczeniem dla systemów ochrony zdrowia na całym świecie, ale jednocześnie okazała się wymagającym i surowym sprawdzianem ich funkcjonowania. Obecnie musimy zastanowić się nad tym, jak ten kryzys wpłynął na system ochrony zdrowia i jakie będzie miał długofalowe konsekwencje dla onkologii w Polsce. Sądzę, że musimy się przygotować na bardzo dużo opóźnień w rozpoznawaniu chorób nowotworowych. W Stanach Zjednoczonych i krajach Europy

Zachodniej funkcjonuje model symulacyjny, który pokazuje wyraźnie, że opóźnienie w zgłoszeniu się pacjenta do lekarza w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej o trzy miesiące, powoduje spadek wyleczalności (oceniający w kryteriach przeżyć wieloletnich) o 10 proc. Proszę zwrócić również uwagę, że opóźnienie liczące sześć miesięcy powoduje spadek tego wskaźnika o 30 proc. Śmiało zatem możemy mówić, że wielu chorych straci swoją szansę na wyleczenie choroby nowotworowej. Pewnym elementem łagodzącym sytuację post-pandemiczną będzie postępujący rozwój medycyny i wdrażanie nowych terapii. W efekcie, jako kraj ciągle doganiamy Europę Zachodnią w zakresie wskaźników skutecznego leczenia onkologicznego. Z jednej strony obserwujemy wyraźny postęp i lepsze wyniki leczenia, z drugiej jednak, są one o 10-15 proc. gorsze w porównaniu z częścią krajów Unii Europejskiej. Dodatkowo Unia Europejska stawia sobie za cel, żeby zmniejszyć tak zwane niepotrzebne zgony w onkologii o 15 do 20 proc. w ciągu najbliższych 5 lat – to duże wyzwanie dla onkologii w Polsce.

## Minister Sławomir Gadomski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Na początku warto podsumować, z jakim bilansem w onkologii wchodzimy w drugi rok pandemii. Powinniśmy oszacować czas i środki, które będą niezbędne, aby spłacić dług zdrowotny zaciągnięty w onkologii wynikający z ograniczeń dostępu pacjentów do diagnostyki i leczenia. Musimy sformułować kolejne działania i plany, które w obszarze onkologii muszą być jak najszybciej wdrożone. Jestem przekonany, że dwa i pół roku temu, planując zmiany w polskiej onkologii obraliśmy dobry kierunek reform. Niestety natrafiliśmy na pandemię COVID-19, która nas spowolniła oraz ograniczyła analizę efektów niektórych naszych działań. Pandemia spowodowała na pewno mniejszą liczbę zdiagnozowanych przypadków nowotworów oraz to, że pacjenci trafiają do onkologa z pewnym opóźnieniem i z nowotworami o wyższym stopniu zaawansowania. To powoduje mniejsze szanse terapeutyczne i konieczność stosowania droższych terapii. Dług zdrowotny w onkologii można ocenić na przykład, wystawioną liczbą kart DILO. W 2020 r. wystawiono ich ok. 17 tys. mniej niż w poprzednim 2019 r. Ten dług zdrowotny w onkologii musimy spłacić jak najszybciej, zarówno w warstwie diagnostyczno-terapeutycznej, jak i profilaktycznej. Już teraz planujemy rozwój programu profilaktycznego raka płuca, którego pilotaż finansujemy ze środków unijnych. W ciągu miesiąca albo półtora rozstrzygniemy konkursy na programy finansowane ze środków Narodowej Strategii Onkologicznej. Zmiany będą, także w programach przesiewowych raka jelita grubego, oraz profilaktycznych dotyczących mammografii i cytologii. Najważniejsze jednak, żeby Polacy w grupach ryzyka na te badania się zgłaszali. Apeluję do tych pacjentów, którzy wyczuwają niepokojące objawy, aby zgłaszali się do onkologów. Nie bójmy się korzystać z ośrodków onkologicznych, gdzie procedury bezpieczeństwa pandemicznego zostały wdrożone i gdzie większość kadry medycznej jest już zaszczepiona. Onkologia, jestem przekonany, jest tą dziedziną, która z pandemii i tak wychodzi względnie zwycięska, jeżeli patrzymy na zapewnienie ciągłości dostępu dla pacjentów, na ogromną determinację podmiotów onkologicznych, gdzie mamy prawie 90% dostępności do usług medycznych. Narodowy Instytut Onkologii jest jednym z przykładów, gdzie realizacja kontraktu w 2020 r. była na zbliżonym poziomie, jak w 2019 r.



Onkologia jest traktowana priorytetowo w zakresie wysokości nakładów publicznych. W ciągu ostatnich lat wydatki na onkologię uległy podwojeniu. W 2015 r. na onkologię wydawaliśmy ok. 7,8 mld zł, w 2020 r. – ok. 11,4 mld zł, a w 2021 r. - ok. 12 mld zł. Ministerstwo Zdrowia szacuje, że w 2022 r. łączne wydatki publiczne na onkologię, wliczając w to m.in. środki z Funduszu Medycznego, inwestycji unijnych oraz z krajowego programu odbudowy, powinny przekroczyć 13 mld zł. To daje dużą nadzieję na ustawiczne zwiększanie dostępności pacjenta do leczenia i zwiększanie możliwości ośrodków onkologicznych. Narodowa Strategia Onkologiczna, obok optymalizacji systemu opieki onkologicznej zabezpiecza źródła finansowania, które do tej pory realizował Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (250 mln zł rocznie). Planowane nakłady z budżetu państwa na realizację działań przewidzianych w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej w poszczególnych latach wynoszą: 250 mln zł w 2020 r., 504,2 mln zł w 2021 r., 450 mln zł rocznie w latach 2022–2023 oraz 500 mln zł rocznie w latach 2024–2030. Dodatkowe finansowanie onkologii zapewni Fundusz Medyczny, gdzie istotna część budżetu zostanie przeznaczona na rozwój onkologii w zakresie dostępu do terapii lekowych i poprawy profilaktyki – szczególnie na poziomie POZ. W ostatniej perspektywie unijnej w latach 2014-2020 przeznaczylismy na ochronę zdrowia około 12 mld złotych i jestem przekonany, że co najmniej podwoimy te środki w kolejnych latach. To będzie ogromny dopływ środków, a onkologia będzie jednym z istotnych obszarów wsparcia, na który planujemy te środki przeznaczyć. I wreszcie coś czego nie było dotychczas w Polsce i co było obszarem z punktu ponoszonych nakładów bardzo pomijanym, czyli obszar niekomercyjnych badań klinicznych. Tu rozpoczyna się era Agencji Badań Medycznych, wpisana również w działania określone w Narodowej Strategii Onkologicznej. To z jednej strony nowe możliwości dla pacjentów, mierzone ogromnymi środkami na niekomercyjne badania kliniczne i na tworzenie centrów wsparcia badań klinicznych. We wszystkich tych konkursach ok. 500 mln zł trafiło do podmiotów onkologicznych. Przykładowo, aż 100 mln zł skierowano w ramach grantu na wypracowanie polskiej technologii CAR-T przez konsorcjum polskich ośrodków hematologicznych. Jednocześnie, każda lista refundacyjna w ostatnim półtora roku, zawierała innowacyjne cząsteczki z onkologii. W samym 2020 r. wprowadzono do refundacji publicznej jedenaście nowych terapii z dziedziny onkologii. Jednocześnie ośrodki onkologiczne będą mogły liczyć na lepszą wycenę świadczeń udzielanych pacjentom. Do konsultacji trafi raport związany z retaryfikacją procedur onkologicznych. Zawiera on zwiększone wyceny w chirurgii onkologicznej, w hematoonkologii, a także w hospitalizacji do radioterapii. Mam nadzieję, że zmiany organizacyjne i dodatkowe finansowanie przewidziane dla ośrodków onkologicznych oraz zmiana taryf sprawi, że onkologia w Polsce będzie lepiej dofinansowana. Jednocześnie, należy pamiętać, że w onkologii nadążenie za postępem technologicznym oraz innowacyjnymi technologiami medycznymi jest niezwykle trudne.

Zwiększone finansowanie to jedno, ale onkologia w Polsce potrzebuje przede wszystkim zmian organizacyjnych. Takie zmiany systemowe sukcesywnie realizujemy od paru lat. Krajowa Sieć Onkologiczna, której pilotaż przeprowadzamy, to fundament dla odmienienia obrazu systemu organizacji w onkologii. To z jednej strony rozwiązania, które mają służyć zbudowaniu opieki koordynowanej, zapewnieniu prostszych ścieżek dla pacjentów, ale to też rewolucyjne zmiany jakościowe. Po pierwsze, chcemy wprowadzić kryteria jakościowo-ilościowe wejścia do sieci onkologicznej. Pragniemy mierzyć jakość świadczeń za pomocą zestawu wskaźników i mierników. Chcemy z tych mierników wyciągać wnioski, wnioski być może „brutalne” dla niektórych podmiotów, ale owa „brutalność” ma polegać na tym, że jeżeli minimalny poziom wskaźników nie będzie dotrzymywany, to taki podmiot nie będzie otrzymywał środków publicznych. Zostanie on wezwany

prawdopodobnie przez Krajową Radę Onkologiczną, albo Ministerstwo Zdrowia do przygotowania planu naprawczego, a jeżeli ten plan naprawczy nie przyniesie poprawy wskaźników jakościowych, to wówczas podmiot ten straci finansowanie ze środków publicznych i zostanie usunięty z Krajowej Sieci Onkologicznej. Wreszcie zaczniemy płacić za jakość oraz w końcu zaczniemy mówić bardzo głośno o tym, że chcemy rozwijać ośrodki kliniczne, które prezentują najwyższą jakość. Nawet kosztem, być może chwilowej geograficznej utraty dostępności. Zakładam jednak, że mierniki jakościowe posłużą temu, że wszystkie ośrodki kliniczne będą starały się osiągać jak najlepsze wyniki. W 2020 r., pomimo pandemii, udało nam się zainicjować działania unitów narządowych w zakresie raka jelita grubego. W zakresie patomorfologii we współpracy z Polskim Towarzystwem Patomorfologii z Wielkopolskim Centrum Onkologii wprowadzamy ogromne zmiany akredytacyjne. Pod koniec 2020 r. powołałem zespół, który ma wypracować nowe zadania dla profilaktyki w onkologii. Chcemy rozwinąć, to co pilotażowo testujemy w raku płuca, czyli badania przesiewowe tomografią niskodawkową. W 2021 r. chcemy ogłosić konkursy na zwiększenie dostępności programów tomografii niskodawkowej. Planujemy poprawić wyceny programów przesiewowych - przede wszystkim w cytologii i w mammografii. Oczywiście musimy popracować nad zgłaszalnością. Upowszechnienie indywidualnego konta pacjenta (IKP) stwarza platformę komunikacji na poziomie - organizacja ochrony zdrowia – pacjent. Przed pandemią założonych w Polsce było ok. 400 tys. IKP, dzisiaj funkcjonuje ich ok. 5 milionów. Mieliśmy ogromne problemy z bezpośrednim docieraniem do pacjenta. Wysyłanie zaproszeń na nieaktualne adresy pocztowe nie sprawdziło się. Oczekuję również od ekspertów klinicznych wypracowania standardów i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w wybranych nowotworach. Te prace trwają zbyt długo i myślę, że żeby mówić o jakości i o tym, jakich efektów oczekujemy w terapii nowotworów, to standardy musimy mieć przygotowane, musimy wiedzieć, jaka jest ścieżka pacjenta oraz wskaźniki oceny naszych działań. Chciałbym, aby na koniec 2021 r. przynajmniej w ośmiu na dziesięć grup nowotworów, były opracowane i opublikowane standardy i wytyczne.

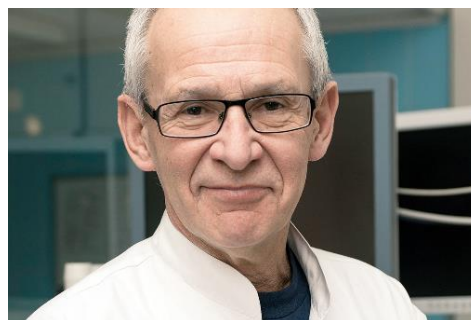
Jestem przekonany, że katalog działań w onkologii jest ogromny. W większości obszarów patrzę z optymizmem w przyszłość. Wierzę w to, że dług pandemiczny uda nam się spłacić dość szybko, a działania związane z Narodową Strategią Onkologiczną, Krajową Siecią Onkologiczną, Funduszem Medycznym i z nowymi możliwościami inwestycyjnymi, przyczynią się do tego, że wskaźniki przeżywalności (czyli to, co najważniejsze), będziemy mieli za kilka lat na znacznie wyższym poziomie. Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej wejdzie w życie 1 stycznia 2022 r. Od tego czasu, będzie funkcjonować wystandaryzowana ścieżka pacjenta. Perspektywa pacjenta jest najważniejsza. Pacjent będzie miał koordynatora leczenia, który go poprowadzi przez proces diagnostyki, konsylium, proces terapeutyczny i rehabilitację już po zakończeniu leczenia. Rehabilitacja będzie integralnym elementem procesu leczenia onkologicznego. Jeden koordynator zaopiekuje się ok. 40 pacjentami. Podobnie jak w pilotażu, ważnym elementem Krajowej Sieci Onkologicznej mają być infolinie dedykowane chorym, którzy będą mogli w poszczególnych ośrodkach umawiać wizyty. Pacjenci będą też mogli ocenić proces leczenia w specjalnej ankiecie. Krajowa Sieć Onkologiczna oznacza również – dla ośrodków onkologicznych – możliwość wymiany informacji, danych, szerszych konsultacji i przede wszystkim możliwość standaryzacji leczenia. Ośrodki będą porównywały się pod kątem skuteczności leczenia. Standaryzacja będzie przygotowywana w oparciu o najnowsze osiągnięcia, o wymianę wiedzy. Pacjent z diagnozą nowotworową będzie konsultowany nie tylko z poziomu jednego ośrodka, ale w każdym województwie pojawi się ośrodek referencyjny. Na konsyliach będzie obecny nie tylko lekarz



z lokalnego szpitala, czy mniejszego ośrodka onkologicznego, ale także przedstawiciel ośrodka koordynującego.

Mamy do czynienia z przełomem w obszarze onkologii i wierzę, że ta jakościowa zmiana przełoży się na całkiem nowe podejście do pacjenta onkologicznego w Polsce.

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



Koronawirus SARS-CoV-2 uderzył we wszystkie obszary onkologii. Ten problem nie dotyczy tylko Polski, to jest problem ogólnoświatowy. Anglicy obliczyli, że 7 na 10 osób, z podejrzeniem nowotworu miało utrudniony albo bardzo ograniczony dostęp do diagnostyki w wyniku pandemii. Największym problemem nie jest jednak dostęp do diagnostyki i leczenia. Największym problemem jest praktycznie brak działań w zakresie profilaktyki nowotworów. Tutaj powinniśmy mówić zarówno o pierwotnej, jak i wtórnej profilaktyce. Wyzwaniem dla nas jest odbudowanie profilaktyki pierwotnej, która niestety w czasie pandemii COVID-19 została zaniedbana. Moim zdaniem, wydawanie na profilaktykę niespełnia 3% środków, które przeznaczone są na walkę z nowotworami jest niewystarczające i trzeba to finansowanie zwiększyć. Należy przy tym prowadzić odpowiednią promocję badań profilaktycznych. Zgłaszalność kobiet na screening cytologiczny zmalała do około 15% tego, co było przed pandemią. Podobnie jest z programem wczesnego wykrywania raka płuca. W tym procesie ogromną rolę pełnią lekarze rodzinni. Jeśli chodzi o chirurgię onkologiczną oraz radioterapię sytuacja się powoli poprawia. Ośrodki onkologiczne muszą się właściwie przygotować do funkcjonowania w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego. Nie jestem w tym procesie zwolennikiem telemedycyny przez telefon. Jestem zwolennikiem wideokonferencji, podczas której można zobaczyć na ekranie wynik tomografii komputerowej, rentgenografii klatki piersiowej, czy obraz skóry zmienionej nowotworowo.

### **Prof. Andrzej Kawecki, Kierownik Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi NIO-PIB, Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych NIO-PIB w Warszawie**



Działania w warunkach pandemii COVID-19 rozpoczęliśmy już na samym początku marca 2020 r., niejako wyprzedzając fakty, które nastąpiły w dalszej części roku. Przyjęliśmy taką zasadę, żeby jak długo się da utrzymywać „szpital wolny od zakażeń”, ponieważ tylko to gwarantuje zapewnienie naszym pacjentom kompleksowej i pełnoprofilowej opieki.

Na przełomie marca i kwietnia 2020 r. zorganizowaliśmy własne laboratorium, prowadzące diagnostykę w kierunku koronawirusa SARS-CoV-2. Wprowadziliśmy zasadę badania w kierunku zakażenia wszystkich przyjmowanych do Instytutu. Mieliśmy również dobrą współpracę ze szpitalami jednoimiennymi. Do czasu drugiej fali pandemii, czyli do końca września, początku października 2020 r. udawało nam się ten stan w szpitalu utrzymywać. Oczywiście były problemy z zakażeniami wśród

personelu. Uczyliśmy się na własnych doświadczeniach i udało nam się osiągnąć to, że przerwy w pracy poszczególnych oddziałów i klinik były limitowane. Wielkie zasługi w tym procesie odegrał specjalny Zespół Pełnomocnika do Spraw Zagrożenia Epidemicznego, który wykonał tytaniczną pracę. Udało nam się zachować opiekę nad chorymi onkologicznymi, w zasadzie taką, jaka była przed epidemią. Oczywiście w okresie pandemii była zmniejszona zgłaszalność chorych. Jednocześnie chorzy zgłaszają się w wyższym stopniu zaawansowania nowotworu. Sytuacja uległa zmianie w trakcie drugiej fali gdy w październiku i listopadzie 2020 r. sytuacja stała się dramatyczna. Podam taki przykład: o ile w naszym laboratorium, wykonując w okresie od marca do września 2020 r. ok. 200-300 testów dziennie w kierunku koronawirusa SARS-CoV-2 mieliśmy kilka przypadków dodatnich dziennie, to w szczycie drugiej fali pandemii było 40-50 wykrytych przypadków. Zmusiło nas to do zmiany polityki i utworzenia oddziału dla chorych z zakażeniem SARS-CoV-2, wymagających leczenia onkologicznego. W dniu dzisiejszym, zakażeń jest mniej, a oddział COVID-19, nie liczy już 55 łóżek, które były konieczne w listopadzie, ale 17 łóżek. W wyniku tych działań obecnie mamy status „COVID free hospital”. To jest coś, co nas niesłychanie cieszy. W 2021 r. nie mieliśmy jeszcze ani jednego wyłączenia jakiegokolwiek oddziału. Dodatkowo chciałem powiedzieć - i to ukłon wobec całego personelu, że akcja szczepień personelu przebiega bardzo sprawnie. Z ok. 2,6 tys. pracowników - zostało zaszczepionych już ok. 2,4 tys. osób, co zwiększa również bezpieczeństwo chorych. Ale jedno jest najważniejsze, co jest też naszym mottem: troska o zapewnienie naszym chorym, jak najlepszej, pełnoprofilowej opieki zgodnej ze standardami postępowania.

## Prof. Adam Maciejczyk, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Mogę z pełną odpowiedzialnością stwierdzić, że Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej sprawdził się. Jesteśmy w stanie zbierać rzeczywiste i wiarygodne dane, a poprzez to budować rejestr, celem optymalizacji opieki onkologicznej. To nas również upoważnia do tego, aby postulować płacenie za jakość i efekty leczenia. Nie wyobrażam sobie poprawy leczenia pacjentów onkologicznych, jeżeli nie zaczniemy wymagać jakości od ośrodków klinicznych. Z naszych analiz wynika, że osiemdziesiąt ośrodków klinicznych ma podpisany kontrakt na terenie województwa dolnośląskiego na realizację pakietu onkologicznego. Jednak tylko szesnaście z nich realnie zajmuje się pacjentami onkologicznymi. Reasumując, po co w systemie ochrony zdrowia, aż tyle jednostek, które mają uprawnienia do realizacji świadczeń, jak nie ma tam pacjentów onkologicznych i nie ma tam specjalistów? Prowadzi to do rozproszenia i marnowania środków, więc najwyższy czas powiedzieć prawdę i zrobić wiwisekcję systemu opieki onkologicznej. W tym procesie należy wykorzystać dane Narodowego Funduszu Zdrowia, wzbogacone o te dane kliniczne, które gromadzimy w ramach pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej.



Perspektywa pacjenta jest kluczowa przy tworzeniu Krajowej Sieci Onkologicznej. Każdy pacjent będzie miał swojego koordynatora na poszczególnych etapach leczenia i rehabilitacji. Przedstawiciele Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych oraz eksperci zewnętrzni konsultowali sposób gromadzenia danych z ankiet pacjentów i uczestniczą w ich analizach. W ramach pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej utworzyliśmy infolinię, dzięki której pacjent przy pierwszej rozmowie telefonicznej od razu umawia

wizytę u onkologa. Nie jest to nic nadzwyczajnego, bo takie infolinie istnieją w centrach onkologii od czasu wprowadzenia pakietu onkologicznego. Różnica polega na tym, że obecne w naszej infolinii umawia się pacjenta w różnych szpitalach, a nie tylko w naszym. Inne szpitale z naszego regionu musiały podawać, termin kiedy mogą takich pacjentów onkologicznych przyjąć. To co jest bardzo istotne, to fakt, że pacjent dostał od momentu rozpoczęcia ścieżki opiekuna (koordynatora), który go umawiał na badania oraz sprawdzał, czy wszystkie badania zostały wykonane. Koordynatorzy dostali listy badań, które muszą w danej sytuacji u chorego być wykonane, po to żeby, jak już pacjent trafia na konsylium, był w pełni przygotowany do tego procesu, ze zrobioną tomografią komputerową o dobrej jakości, czy kompletnym badaniem histopatologicznym. No oczywiście w tym procesie przeprowadzenia pacjenta przez ścieżki postępowania, który już nie był taki prosty, okazało się, że szereg regulacji, które w tej chwili obowiązują (np. podział pakietu onkologicznego na diagnostykę wstępną, pogłębioną, leczenie) jest już nieprzydatne. Trzeba to mocno zmodyfikować. Konsylium powinno być więcej niż jedno, a diagnostyka niekoniecznie musi się dzielić na wstępną i pogłębioną. Musi powstać Krajowa Sieć Onkologiczna, z Krajową Radą ds. Onkologii oraz z Koordynatorem Krajowym, żebyśmy mogli ujednoczyć na terenie całego kraju zasady postępowania oraz dostęp pacjentów onkologicznych do podobnego poziomu świadczeń w zakresie onkologii. W tym procesie musimy szukać nowych technologii i nowych rozwiązań informatycznych. Optymalizacja opieki onkologicznej może przynieść korzyść w postaci 20-30% zwiększenia przeżycia pacjentów. Dobra organizacja opieki, już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, pozwala wcześniej pacjenta diagnozować i wcześniej leczyć, co przełoży się nie tylko na efekty kliniczne – wyleczenie lub życie z chorobą nowotworową, ale też na efekty ekonomiczne.

## **Prof. Piotr Rutkowski, Przewodniczący Zespołu Ministerstwa Zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej, Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków NIO-PIB w Warszawie**

Na temat nowotworów i onkologii nie należy mówić tylko w Światowym Dniu Walki z Rakiem, ale przez cały rok. Poza tym, nie powinien się on nazywać „Dzień Walki z Rakiem”, bo my nie prowadzimy walki z rakiem, tylko mamy strategię. Miniony rok był pierwszym rokiem funkcjonowania

w Polsce Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030. Krajowa Sieć Onkologiczna jest jednym z elementów tej strategii. Na poziomie Unii Europejskiej dostrzeżono także, że problem onkologii jest kluczowym zagadnieniem dla systemów ochrony zdrowia w krajach członkowskich. W lutym 2021 r. Komisja Europejska zaprezentowała Europejski Plan Walki z Rakiem (Europe's Beating Cancer Plan), który wyznacza priorytety i działania w zakresie profilaktyki, leczenia i opieki nad pacjentami onkologicznymi. Składa się on z czterech kluczowych obszarów (profilaktyka, wczesna diagnoza, diagnostyka i leczenie, poprawa jakości życia). Ich wdrożenie zostanie wsparte szeregiem instrumentów finansowych o łącznej wartości 4 miliardów euro. Europejski Plan Walki z Rakiem jest bardzo zgodny z Narodową Strategią Onkologiczną. Realizacja tych strategii ma prowadzić do zmniejszenia nierówności w dostępie do opieki onkologicznej obywateli. Jest to również podstawa działania Krajowej Sieci Onkologicznej, aby pacjent nie był pozostawiony samemu sobie, w niektórych częściach kraju, ale aby wiedział, do jakiego ośrodka onkologicznego trafić, aby otrzymać optymalną



opiekę. Mamy nadzieję, że przygotowywany Narodowy Portal Onkologiczny pomoże pacjentom w dostępie do wiarygodnych i aktualnych informacji. Raport otwarcia Narodowej Strategii Onkologicznej pokazuje, że do 2020 r. polepszały się wyniki przeżyć chorych na nowotwory. Na przykład w czerniaku przez ostatnie 5 lat wzrosły przeżycia 5-letnie o ok. 10%. Było to związane ze wzrostem świadomości społecznej, lepszą dostępnością do badań dermatoskopowych i do onkologa oraz refundacją nowoczesnych terapii. Dzięki wprowadzeniu w czerniaku leczenia ukierunkowanego molekularnie oraz immunoterapii, 5-letnie przeżycie udaje się osiągnąć u ok. 40-50 proc. chorych z przerzutami nowotworowymi. Jednocześnie bardzo potrzebujemy dobrego raportu dotyczącego wpływu pandemii koronawirusa COVID-19 na sytuację w onkologii. Na pewno wchodzimy w 2021 r. z długim zdrowotnym w onkologii, mając świadomość, iż wielu pacjentów zgłosi się do nas w zaawansowanych stadiach nowotworów, co pogorszy ich rokowanie.

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



W naszym ośrodku widzimy zatrważającą ilość chorych, z którymi nigdy nie mieliśmy wcześniej kontaktu, a którzy zostali pozostawieni sami sobie w okresie pandemii. Mamy pacjentów, którym wiosną 2020 r. przerwano leczenie systemowe uogólnionej choroby nowotworowej w ramach programów lekowych, bo ośrodek się zamknął. Od tamtego czasu pacjenci, którzy wymagali ciągłego leczenia onkologicznego czekali do tej pory i dalej nie mogą się doczekać, kiedy ich z powrotem przyjmie ośrodek macierzysty. Zauważamy również skrócone i przyspieszone decyzje terapeutyczne, związane z prowadzeniem chorych w ośrodkach klinicznych. W tych przypadkach, niska jakość świadczeń medycznych często usprawiedliwiana jest pandemią.

### Krystyna Wechmann, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”, Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych



W aspekcie poprawy sytuacji pacjentów onkologicznych w Polsce, w ostatnich latach nastąpiło szereg pozytywnych zmian, ale jest jeszcze wiele do zrobienia. Należy zdecydowanie zacząć od profilaktyki. Kampania „Planuję długie życie” przynosi efekty i pokazuje, że w profilaktyce pierwotnej bardzo ważna jest zmiana stylu naszego życia. Mam nadzieję, że również podatek cukrowy uświadomi społeczeństwu, jak ważne jest zdrowe odżywianie. Także w onkologii żywienie pacjenta ma fundamentalne znaczenie i widzę tutaj ważną rolę onkodietetyka.

Pandemia COVID-19 jest nowym doświadczeniem dla onkologów, dla pacjentów i dla całego systemu ochrony zdrowia. Niestety przekaz medialny „Zostańcie w domu” spowodował obawy pacjentów zgłaszania się do lekarza i ośrodków klinicznych. Komunikacja między lekarzem a pacjentem ma ogromne znaczenie, a my jako organizacja apelowaliśmy, aby chorzy na nowotwory, czy osoby



z niepokojącymi objawami nie zostali w domu, tylko zgłaszali się do szpitali. Pandemia też pokazała, że gdyby wolontariat miał większe znaczenie dla decydentów, to moglibyśmy, jako organizacje pacjentów być bardziej pomocni w czasie pandemii. Organizacje pacjentów bowiem, spełniają ważną rolę w procesie poprawy jakości opieki zdrowotnej i propagowania profilaktyki nowotworów. Chciałam podkreślić, że pomimo pandemii COVID-19, w 2020 r. zadziało się dla onkologii bardzo dużo dobrego. Zrefundowano sporo nowych leków przeciwnowotworowych oraz zwiększono nakłady na onkologię. Doceniamy realizację pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej. Dla nas pacjentów onkologicznych fundamentalne znaczenie ma optymalizacja diagnostyczno-terapeutycznej ścieżki chorego, standaryzacja świadczeń medycznych, planowanie i kompleksowa realizacja terapii oraz koordynacja i monitorowanie wskaźników zdrowotnych. Monitorowanie i mierzenie jakości leczenia oraz zdarzeń niepożądanych, to fundament optymalizacji opieki onkologicznej.

## Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP

Kiedy patrzę na, to co się dzieje na poziomie instytucji europejskich, to mam wrażenie, że historia nam przyznaje rację i trzeba by pomyśleć, jaki należy zrobić następny krok. Dlaczego historia przyznaje nam rację? Unia Europejska wyraźnie wskazała, że choroby onkologiczne są priorytetem zdrowotnym, a dla poszczególnych krajów pojawią się źródła finansowania projektów w zakresie systemu opieki onkologicznej. Będzie również możliwość

politycznego wsparcia z poziomu Komisji Europejskiej dla tych projektów, które są potrzebne, aby zoptymalizować opiekę onkologiczną w Polsce. Być może trzeba przygotować taki program w Polsce, dla obecnego, czy kolejnego rządu, pokazujący, że ochrona zdrowia przy pewnej inwestycji finansowej, nie tylko byłaby bardziej efektywna, ale mogłaby się stać istotną dziedziną gospodarki, a nawet przyczynić się do budowania pewnej pozycji za granicą. Może warto zrobić z tego dziedzinę gospodarki narodowej. Pokazać, że doinwestowana medycyna może przynosić duże zyski i być przedmiotem budowania, także pozycji gospodarczej. Może to jest ten moment, bo uważam, że zrodzi się nowe myślenie o ochronie zdrowia. Sądzę, że w diagnozowaniu i leczeniu chorób nowotworowych, gdyby w Polsce uruchomić dodatkowe, duże środki, to Polska ma takie zasoby, że można - na poziomie teoretycznym i na poziomie klinicznym - rozszerzyć działanie, jeśli chodzi o medycynę personalizowaną. Warto też pomyśleć jeszcze raz o Europejskiej Unii Zdrowia, żeby ona odwoływała się do działań na poziomie Parlamentu Europejskiego oraz na poziomie Komisji Europejskiej.



## 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 (purchasing power parity; parytetu siły nabywczej) 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 systemowych – także w onkologii. Onkologia w Polsce wymaga więc dalszego dofinansowania. Wg raportu „The Cost of Cancer in Europe”, Polska w 2018 r. przeznaczyła kwotę 57 euro na głowę mieszkańca tytułem opieki onkologicznej, przy średniej europejskiej wynoszącej 195 euro, czyli 3-krotnie wyższej. Kwota 57 euro wynika z podziału kwoty 9,6 miliarda złotych wydatkowanej na onkologię w 2018 r. przez 38,4 mln mieszkańców Polski, co daje kwotę 25 zł, czyli 57 euro na głowę mieszkańca. Czesi wydają 102 euro, czyli jest różnica około 45 euro na głowę mieszkańca w porównaniu do Polski. Odpowiada to różnicy ok. 8 mld zł, które powinno zwiększyć budżet na onkologię w Polsce, gdyby była finansowana na poziomie Czech. Więc apelujemy do decydentów - utrzymajmy dynamikę wzrostu na onkologię i postawmy sobie ambitny cel w najbliższych kilku latach - dogonienie Czechów w aspekcie wydatków na onkologię na głowę mieszkańca. A potem będzie następny próg, czyli dogonienie średniej europejskiej. Druga sprawa, którą chciałbym wzmocnić, która dotychczas nie wybrzmiała to priorytet onkologii w planach zdrowotnych jednostek samorządu terytorialnego. Starajmy się przekonać Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, aby poprzez Wojewodów i poprzez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH, którzy są reprezentowani w każdej z Wojewódzkich Rad Potrzeb Zdrowotnych doprowadzić, aby onkologia była priorytetem jednostek samorządu terytorialnego. Mówimy o samorządzie, czyli o 16 województwach, 314 powiatach, 66 miastach na prawach powiatu i 2 477 gminach. Wszystkie samorządy powinny włączyć się w akcję wspierania polskiej onkologii w zakresie uruchamiania programów edukacyjnych, zdrowotnych, profilaktycznych dla gmin, powiatów i miast. Przypomnę, że wg statystyk AOTMiT w latach 2009-2020 zaopiniowano tylko 307 (11%) programów związanych z onkologią na 2 820 programów ogółem (100%). Wynika z tego, że tylko co dziesiąty program zdrowotny dotyczył onkologii. Dodatkowo, oprócz wymienianych dzisiaj kancerogenów, takich jak zła dieta, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, brak ruchu dochodzi jeszcze jedno ryzyko, które w Polsce jest po prostu plagą, a jest zależne od polityki wszystkich samorządów. Jest to smog - niska emisja i pyły zawieszone (PM10, PM2,5). Należy doprowadzić, aby w przeciągu kilku lat zredukować ten problem w Polsce do zera. Bardzo ważnym tematem w reformowaniu onkologii są kadry. Wg statystyk OECD w Polsce kadry pracujące w systemie ochrony zdrowia i opiece społecznej stanowią ok 7% wszystkich zatrudnionych. Przyzwoity poziom to ok. 10 -15 procent, ale są kraje, gdzie sektor ochrony zdrowia i opieki społecznej wynosi 20 procent. To znaczy, że sektor ochrony zdrowia i opieki społecznej - także jeśli chodzi o opiekę paliatywną, socjalną, a tutaj onkologia jest tego najlepszym przykładem może być znakomitym sektorem generującym miejsca pracy. Jest to tym ważniejsze, że w wyniku pandemii COVID-19 i innych przetrasowań na rynku ekonomiczno-gospodarczym miejsca pracy tracane są w innych sektorach.

## Apel fundacji wspierających dzieci chore na nowotwory

Mając na uwadze dobro naszych podopiecznych, dzieci z chorobami nowotworowymi, apelujemy do władz i wszystkich decydentów w kwestiach zdrowotnych, o pilne włączenie rodziców i opiekunów tych dzieci do wcześniejszej grupy zaszczepienia szczepionką przeciw COVID-19.

Wszyscy pragniemy, aby dzieci chore na nowotwory były maksymalnie chronione. Nie tylko na oddziałach szpitalnych, ale także we własnych domach, przebywając wśród osób najbliższych. Ważne jest, aby i tutaj nie zagrażało im widmo przerwania zaplanowanego leczenia z powodu zarażenia koronawirusem kogoś z najbliższego otoczenia, konieczności kwarantanny lub, co gorsza, z powodu

zakażenia się koronawirusem. Powszechnym jest stwierdzenie, że rak nie czeka ale pamiętajmy, że w przypadku nowotworów dziecięcych czas ma jeszcze większe znaczenie. Choroby nowotworowe u dzieci rozwijają się znacznie szybciej i ogromnie ważnym jest nieprzerwanie zaplanowanego cyklu leczenia, w którym dosłownie każdy dzień ma znaczenie!

Choroby nowotworowe wśród dzieci należą do chorób rzadkich, więc ich rodzice czy opiekunowie, to stosunkowo wąska grupa osób do zakwalifikowania do wcześniejszych szczepień. Nie wpłynie znacząco na opóźnienia w dostępie do szczepień innych grup i tym samym nie odbierze nikomu szansy na przyjęcie szczepionki w terminie. Dla tych rodziców, ciągła obawa o życie ich dziecka jest ogromnym wyzwaniem i nieustannym cierpieniem, więc dokończenie do tego lęku o możliwe zakażenie się koronawirusem i przez to wstrzymanie leczenia to dla nich ponadludzkie obciążenie i wielka odpowiedzialność. Władze dbające o swoich obywateli nie powinny pozwolić, aby ta grupa osób musiała czekać na wsparcie w postaci szczepionki, dzięki której możliwe opóźnienia leczenia ich dzieci zostaną zniwelowane.

Jeśli szczepimy personel administracyjny w szpitalach, jeśli szczepimy wolontariuszy i wojska obrony terytorialnej z uwagi, że mają kontakt z pacjentem, to niezrozumiałym wydaje się być fakt niezaszczepienia rodziców czy opiekunów dzieci chorych na nowotwory. Dziecięcy pacjenci onkologiczni powinni być objęci szczególną ochroną ze względu na osłabiony własny system immunologiczny i niemożność ich zaszczepienia.

Apelujemy do wszystkich decydentów o umożliwienie wczesnego zaszczepienia rodziców i opiekunów dzieci chorych na nowotwory – dzięki temu zwiększymy ich szansę na walkę w pokonywaniu raka! Bądźmy solidarni i wesprzyjmy tę nieliczną grupę. Dajmy im poczucie większego bezpieczeństwa!

Podpisano przez:

Fundacja Herosi, Warszawa

Fundacja Znajdź Pomoc, Warszawa

Fundacja „Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową”, Wrocław

Fundacja Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową, Warszawa

Fundacja Urtica Dzieciom, Wrocław

Fundacja Pomocy Dzieciom z Chorobami Nowotworowymi w Poznaniu

Fundacja Mam Marzenie, Kraków

Fundacja „Nasze Dzieci” przy Klinice Onkologii w Instytucie „Pomnik Centrum-Zdrowia Dziecka”

Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Chorobą Nowotworową KOLIBER, Kraków

Fundacja "Pomóż Im" na rzecz Dzieci z Chorobami Nowotworowymi i Hospicjum dla Dzieci, Białystok

Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Mięśniaki i Czerniaki Sarcoma, Warszawa

Fundacja Bator Tabor Polska, Warszawa

Stowarzyszenie Wspierania Transplantacji Szpiku i Onkologii Dziecięcej, Dzieciaki Chojraki, Poznań

Fundacja Ronalda McDonalda, Warszawa

Fundacja z Pompą – Pomóż Dzieciom z Białaczką, Gdańsk

## 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.

## 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 zredukować 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 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 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 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.).

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

*Tym, co pełnię misję lekarską, niosę 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 zbierz 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. Pełnij 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.