



**RAPORT:
V SPOTKANIE RADY
EKSPERTÓW DS.
ONKOLOGII
MEDYCZNEJ RACJI
STANU**

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
22 sierpnia 2022 r.

Raport pt. V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu. Medyczna Racja Stanu.
Warszawa, sierpień 2022

ISBN: 978-83-965731-0-0

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

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

1. Jakub Adamski, Dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych w biurze Rzecznika Praw Pacjenta
2. Książd Władysław Duda, Dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej
3. Dr Jacek Doniec, Kierownik Centrum Chirurgii Robotycznej WIM, Centralny Szpital Kliniczny MON
4. Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego
5. Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia
6. Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego w Narodowym Instytucie Onkologii - Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie
7. Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia
8. Prof. Anna Latos-Bieleńska, Konsultant Krajowa w dziedzinie Genetyki Klinicznej, Kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Medycznej Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego Centrum Biologii Medycznej
9. Prof. Ewa Lech-Marańda, Konsultant Krajowy w dziedzinie Hematologii
10. Dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, Past-Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego
11. Prof. Radosław Mądry, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej oraz Oddziału Ginekologii Onkologicznej Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świącickiego UM w Poznaniu, Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej
12. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, NIO-PIB w Warszawie
13. Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego, współprzewodniczący Komisji Ekspertów do Spraw Zdrowia, współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
14. Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
15. Dr Katarzyna Pogoda, Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO-PIB
16. Dr hab. n. med. Barbara Radecka, prof. UO, Ordynator Kliniki Onkologii, Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu i Uniwersytetu Opolskiego
17. Daniel Rutkowski, zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia
18. Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia
19. Dr Michał Sutkowski, Członek Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
20. Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”
21. Prof. Marek Wojtukiewicz, Kierownik Kliniki Onkologii UM w Białymstoku oraz Oddziału Onkologii Klinicznej Białostockiego Centrum Onkologii
22. Prof. Tomasz Wróbel, Kierownik Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

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

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu. Medyczna Racja Stanu. Warszawa, sierpień 2022.*

Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania	2
2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu	10
3. Stanowiska ekspertów przedstawione w trakcie spotkania.....	12
Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia	12
Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, MRS...	12
Dr Michał Sutkowski, Specjalista Medycyny Rodzinnej i Chorób Wewnętrznych, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, MRS	14
Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia	14
Prof. Ewa Lech Marańda, Konsultant Krajowy w dziedzinie Hematologii.....	16
Prof. Tomasz Wróbel, Kierownik Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu	18
Dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, Past-Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego	19
Dr hab. n. med. Barbara Radecka, prof. UO, Ordynator Kliniki Onkologii, Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu i Uniwersytetu Opolskiego	20
Dr Katarzyna Pogoda, Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii NIO-PIB.....	20
Prof. Radosław Mądry, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej oraz Oddziału Ginekologii Onkologicznej Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego UM w Poznaniu, Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej	21
Prof. Marek Wojtukiewicz, Kierownik Kliniki Onkologii UM w Białymstoku oraz Oddziału Onkologii Klinicznej Białostockiego Centrum Onkologii	22
Prof. Anna Latos-Bieleńska, Konsultant Krajowa w dziedzinie Genetyki Klinicznej, Kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Medycznej Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego Centrum Biologii Medycznej	23
Dr Jacek Doniec, Kierownik Centrum Chirurgii Robotycznej WIM, Centralny Szpital Kliniczny MON ..	23
Daniel Rutkowski, zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia	26
Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	27
Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego w Narodowym Instytucie Onkologii - Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie	28

Ksiądz Władysław Duda, Dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej	29
Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”	30
Jakub Adamski, Dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych w biurze Rzecznika Praw Pacjenta	31
Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego, współprzewodniczący Komisji Ekspertów do Spraw Zdrowia, współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich.....	31
Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego	33
Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia	33
4. Wnioski i rekomendacje	36
5. Kluczowe informacje przy gotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu onkologii i onkohematologii	41
Nowotwory krwi.....	41
Iksazomib w schemacie IRD w drugiej linii leczenia szpiczaka plazmocytozy.....	41
Brentuksymab vedotin w leczeniu osób wcześniej nieleczonych z układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek.....	42
Guzy lite.....	43
Irynotekan liposomowy w terapii raka trzustki.....	43
Abemacyklid w leczeniu wczesnej postaci raka piersi.....	44
Sacituzumab govitecan w terapii potrójnie ujemnego raka piersi (TNBC, triple-negative breast cancer)	46
Dostarlimab w terapii raka endometrium (trzonu macicy).....	47
6. Tezy dla Zdrowia.....	48
7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem.....	52

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania

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 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 - każdy będzie musiał coś z tym zrobić. Ochrona zdrowia musi skoncentrować na sobie uwagę szerszych grup społecznych, a także polityków. A to jest najważniejsze, bo na końcu to 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, rozumiałem 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 tym tematem.

**Dr n. med. 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 expose 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 przy okrągłym stole 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**

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. Ludzie w pierwszej kolejności zwracają się właśnie do lekarzy rodzinnych, bo do nich właśnie pacjenci mają największe zaufanie, 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 WUM

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 do spraw Chorób Rzadkich oraz Rada Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości. W 2020 r. ukonstytuowała się Rada Ekspertów ds. Onkologii. W 2021 r. powołano Radę Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych. W latach 2016-2021 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 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.

8 kwietnia 2020 r. I Spotkania Online Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu – 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.

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.



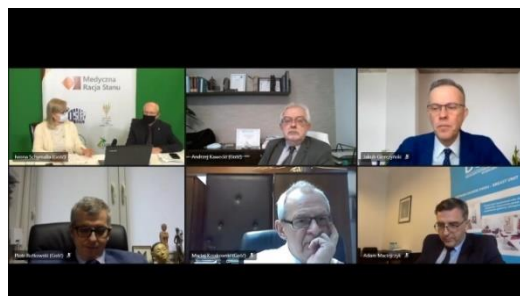
27 lipca 2020 r. – I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych Medycznej Racji Stanu online – choroby zakaźne atakują i od odpowiedzialności obywatelskiej, szczepień profilaktycznych oraz dostępu do skutecznego leczenia zależy zdrowie i życie wszystkich Polaków.

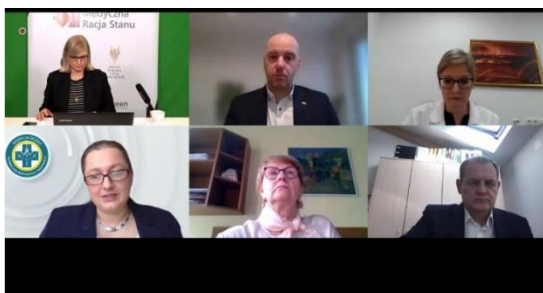
25 września 2020 r. Wartości w medycynie - czego uczy nas światowy kryzys zdrowia - zdrowie jest jedną z największych wartości człowieka i społeczeństwa. Kluczowe jest budowanie świadomości wartości zdrowia oraz inwestycja w system ochrony zdrowia.



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 - Otwarcia dla pacjenta. Otwarcia na pacjenta - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do wyzwań onkologii w drugim roku pandemii Covid-19.





IV Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich

26 lutego 2021 r. IV Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - skupiło się na sytuacji chorych na choroby rzadkie w czasie pandemii Covid-19 oraz szanse poprawy opieki dzięki wprowadzeniu Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich oraz Funduszu Medycznego.

19 marca 2021 r. I Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu - było poświęcone sytuacji chorych autoimmunologicznych w dobie pandemii Covid-19



„POSTĘP TERAPEUTYCZNY – SZANSE DLA PACJENTÓW. WYZWANIA DLA SYSTEMU. PERSPEKTYWA CZASU PANDEMII”

23 kwietnia 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Postęp terapeutyczny – szansa dla pacjentów. Wyzwanie dla systemu. Perspektywa czasu pandemii Covid-19 - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych w medycynie.

17 czerwca 2021 r. I Spotkanie Rady Ekspertów MRS ds. Neurologii i Psychiatrii - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych oraz poprawy modelu opieki w chorobach mózgu.



I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Neurologii i Psychiatrii



III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii

10 sierpnia 2021 r. III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej

28 września 2021 r. III Spotkanie Rady Ekspertów Medycznej Racji Stanu ds. Chorób sercowo-naczyniowych, Metabolicznych i przeciwdziałania Otyłości - choroby sercowo-naczyniowe, metaboliczne i otyłość stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce.



Spotkanie Rady ds. Chorób Naczyniowo-Sercowych, Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości



15 listopada 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny - kobiety stanowią 52% polskiej populacji. Przeciętna długość życia Polki wynosi 82 lata, z czego w zdrowiu 64, a to oznacza 18 lat życia z chorobą. Zaledwie 26% pań po 50 roku życia jest aktywnych zawodowo.

2 grudnia 2021 r. Sprawdzam - Wygryzam. Diagnostyka i leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce - wirusowe zapalenie wątroby typu C jest jednym z kluczowych wyzwań polityki zdrowotnej w Polsce. Dzięki szybkiej diagnostyce i skutecznemu leczeniu może być wyeliminowane do 2030 r.



Rada Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu

1 lutego 2022 r. IV spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - eksperci Medycznej Racji Stanu zastanawiali się, jak poradzić sobie z długim zdrowotnym i finansowym w onkologii, który powstał w wyniku pandemii Covid-19. Spowołniła ona realizację Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO), czyli programu na lata 2020-2030, wprowadzającego kompleksowe zmiany w polskiej onkologii.

15 lutego 2022 r. V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - pandemia Covid-19 prowadzi do utrudnionego dostępu chorych na choroby rzadkie do diagnostyki, terapii i rehabilitacji. Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich w życie i rozpoczęcie realizacji założonych celów.



V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu



25 marca 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowie Kobiety w Obliczu Wyzwań Geopolitycznych - II etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”

30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Bezpieczeństwo zdrowotne Polski - nowe wyzwania dla idei solidarności Europy. Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi, a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka. Realizacja tego prawa w stopniu gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne obywateli musi być wspierana skuteczną polityką państwa.



14 lipca 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Aktualne wyzwania w leczeniu nowotworów kobiecych – III etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”.

Zapraszamy Państwa do lektury raportu, wszystkich opublikowanych raportów na stronie [www. medycznaracjastanu.pl](http://www.medycznaracjastanu.pl) oraz współpracy w ramach projektów Medycznej Racji Stanu.



Anna Jasińska



Grażyna Mierzejewska

2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu

Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany szybki i Nielimitowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej. Rak jest drugą, po chorobach układu krążenia, najczęstszą przyczyną zgonów w państwach wspólnoty europejskiej. W 2020 r. w Unii Europejskiej u 2,7 mln osób wykryto raka, a kolejnych 1,3 mln osób, w tym ponad 2 tys. młodych ludzi, zmarło na raka.¹ Jeżeli nie podejmie się zdecydowanych działań, liczba zachorowań na to schorzenie wzrośnie o 24 proc. do 2035 r., co oznacza, że stanie się on główną przyczyną zgonów w Unii Europejskiej (UE). Co 9 sekund diagnozuje się nowy przypadek zachorowania na raka w UE. Zachorowalność ta stanowi ogromne obciążenie dla systemów opieki zdrowotnej i społecznej, obciąża budżety rządowe, negatywnie wpływa na wydajność oraz wzrost gospodarki, w tym na zdrowie pracowników w UE. Można jednak uniknąć 40 proc. wszystkich przypadków zachorowań, jeżeli zostaną wdrożone zalecenia, mające na celu zmniejszenie ryzyka, przedstawione w Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem. Rak to także jedna z wielu chorób niezakaźnych, które mają wspólne czynniki ryzyka, a to oznacza, że skuteczne jej zapobieganie i kontrolowanie przyniosłoby korzyści dla większości obywateli. Zachorowania na nowotwory mają nie tylko wpływ na zdrowie poszczególnych osób, lecz także na krajowe systemy opieki zdrowotnej i systemy socjalne, budżety państw oraz wydajność i wzrost gospodarczy, w tym także zdrowie pracowników. Dane wskazują, że pilnie trzeba podnieść efektywność systemów opieki zdrowotnej i poprawić ich zdolności dostosowawcze oraz zwiększyć dostępność świadczeń. W szczególności ważne jest wspieranie państw członkowskich, które najbardziej potrzebują prowadzenia polityki opartej na zgromadzonych danych, tak by wszyscy obywatele UE mieli dostęp do skutecznej profilaktyki i opieki onkologicznej.² Onkologia jest jednym z głównych priorytetów Komisji Europejskiej w dziedzinie zdrowia. 4 lutego 2020 r. Komisja Europejska rozpoczęła konsultacje publiczne w sprawie Europejskiego Planu Walki z Rakiem, na konferencji pod hasłem „Europejski Plan Walki z Rakiem – Mierzymy Wyżej”.³ Europejski Cancer Plan proponuje działania na każdym kluczowym etapie choroby nowotworowej: profilaktyka, wczesne wykrywanie i diagnoza, leczenie i opieka oraz jakość życia. Europejski plan walki z rakiem otrzyma finansowanie w wysokości 4 mld euro, w tym 1,25 mld euro z przyszłego Programu UE dla zdrowia.⁴

Na choroby nowotworowe każdego roku zapada ponad 160 tysięcy Polaków, a ok. 100 tysięcy umiera z ich powodu. W Polsce żyje około 1 miliona osób, u których zdiagnozowano lub wyleczono nowotwór, a prognozy wskazują, że w ciągu najbliższych 5 lat liczba pacjentów onkologicznych może wzrosnąć o 15%, zaś w perspektywie 10 lat o 28%.⁵ Pomimo postępu w medycynie, strategii rządowych i europejskich dotyczących walki z rakiem, liczba pacjentów onkologicznych rośnie. Potwierdzają to wyniki raportu GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 roku”. Nowotwory złośliwe stanowią narastający i bardzo poważny problem zdrowotny polskiego społeczeństwa. W 2018 r. zapadło na tę chorobę 163 tys. mieszkańców Polski (425 przypadków na 100 tys. ludności – to więcej o 5 przypadków

¹ https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_pl

² https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/cancer_pl

³ https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/events/ev_20200204_en

⁴ https://ec.europa.eu/poland/news/202004_cancer_pl

⁵ http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2019.pdf

na 100 tys. ludności niż w 2017 r.).⁶ W 2020 r. w Polsce zmarło ok. 477 tys. osób ogółem, w tym w wyniku chorób nowotworowych zmarło ok. 109 tys. osób.⁷ Według opublikowanego w lipcu 2021 r. raportu „Wpływ pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej” polscy pacjenci onkologiczni nie są istotnie zagrożeni zachorowaniem na COVID-19, co świadczy o właściwym zabezpieczeniu oddziałów w szpitalach onkologicznych. Onkolodzy apelują, aby się szczepić przeciwko COVID-19 oraz nie unikać wizyt w placówkach w celu przeprowadzenia odpowiedniej diagnostyki, bądź leczenia w szpitalach onkologicznych w obawie przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.⁸ Niezaszczepieni chorzy w trakcie leczenia onkologicznego mają dwukrotnie wyższe ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 wymagającego hospitalizacji w oddziale intensywnej terapii w porównaniu ze zdrowymi osobami. Dodatkowo ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 wymagającego hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii jest w tej grupie 2,4 razy większe, a umieralność 2,3 razy większa niż u zdrowych osób. Chorzy na nowotwory hematologiczne mieli większe ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 niż chorzy na nowotwory lite. Badanie to potwierdza zagrożenie związane z infekcją COVID-19 dla niezaszczepionych pacjentów otrzymujących leczenie onkologiczne.⁹ W trakcie pandemii znacząco zwiększył się dług onkologiczny. Tymczasem opóźnienie w postawieniu właściwej diagnozy o 5-6 miesięcy przekłada się na o 30 proc. gorsze wyniki w terapii nowotworów.¹⁰ Pandemia COVID-19 spowodowała zmiany w ramach realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO) – czyli programu na lata 2020-2030 wprowadzającego 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.¹¹ Pamiętając o tym, jakie znaczenie ma dla pacjenta onkologicznego dostęp do diagnostyki i metod leczenia zalecanych przez standardy kliniczne polskich towarzystw naukowych, należy podkreślić znaczącą poprawę w dostępie do nowoczesnych terapii w latach 2018-2021. Według Ministerstwa Zdrowia w 2021 r. refundacją objęto 68 nowych cząsteczko-wskazań, w tym w zakresie onkologii - 32.¹² W pierwszej połowie 2022 r. wg danych Ministerstwa Zdrowia zrefundowano 65 nowych cząsteczko-wskazań, w tym w zakresie onkologii – 24.¹³ Należy jednak podkreślić fakt, że polscy chorzy czekają nadal zbyt długo na dostęp refundacyjny do nowych, mogących decydować o ich życiu terapii przeciwnowotworowych - zarówno jako refundacji nowych molekuł, jak i nowych wskazań

⁶ <https://www.politykazdrowotna.com/80508.coraz-wiecej-osob-choruje-na-nowotwory>

⁷ <https://zdrowie.interia.pl/zdrowie/nowotwory/news-te-nowotwory-w-polsce-najczesciej-koncza-sie-smiercia-objawy,nld,5774552>

⁸ Wpływ pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie. Lipiec 2021 <https://www.pib-nio.pl/wazne-wnioski-z-raportu-wplyw-pandemii-covid-19-na-system-opieki-onkologicznej/>

⁹ <https://www.termedia.pl/koronawirus/Chorzy-na-nowotwory-maja-dwukrotnie-wyzsze-ryzyko-ciezkiego-przebiegu-COVID-19,44755.html>

¹⁰ https://medicalpress.pl/system/ronie-dug-onkologiczny-w-wyniku-pandemii-opnienia-w-diagnostyce-to-gorsze-wyniki-leczenia_QVvJMgqA1K/

¹¹ Narodowa Strategia Onkologiczna. Ministerstwo Zdrowia <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-nso>

¹² <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-20-grudnia-2021-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywnieniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-stycznia-2022-r>

¹³ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywnieniowego-oraz-wyrobow-medycznych-ktory-wejdzie-w-zycie-1-lipca-2022-r>

refundacyjnych. Onkolodzy i pacjenci oczekują również dostosowania zapisów programów lekowych do zarejestrowanych wskazań w ramach Charakterystyki Produktu Leczniczego. Na docenienie zasługuje fakt podwojenia publicznych nakładów finansowych na onkologię w przeciągu siedmiu lat. Wg Ministra Zdrowia poziom wydatków na onkologię w 2015 r. wynosił ok. 7 mld zł, a w 2022 r. osiągnie poziom ok. 12 mld zł.¹⁴

3. Stanowiska ekspertów przedstawione w trakcie spotkania

W trakcie wirtualnej debaty wypowiedzieli się eksperci kliniczni, urzędnicy, politycy i eksperci systemowi. Poniżej przedstawiono stanowiska ekspertów w kolejności ich wypowiedzi.

Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia

Witam Państwa bardzo serdecznie na V spotkaniu Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu. Ostatnie spotkanie o tematyce onkologicznej Medycznej Racji Stanu odbyło się pół roku temu, a wiele wydarzyło się od tamtego czasu. Będziemy dyskutować o bezpieczeństwie onkologicznym Polaków w kontekście sytuacji geopolitycznej i nowej sytuacji demograficznej, ale także cały czas mówimy o doświadczeniach pandemii, zwiększającym się długi zdrowotnym w onkologii. Rzeczywiście w przypadku wielu chorób onkologicznych nadal zbyt późno wykrywamy chorobę, kiedy pacjenci już wymagają bardzo intensywnego leczenia, a więc kwestia wczesnego wykrywania chorób. Będziemy także podkreślać, że przyszłość onkologii to jest leczenie spersonalizowane, które jest możliwe tylko wtedy, kiedy zwiększymy dostęp do badań genetycznych, kiedy będzie można rzeczywiście tworzyć profil genetyczny pacjenta i w ten sposób kroić na miarę terapie dla każdego. Na pewno też pojawi się kwestia konieczności korekty programów lekowych, wcześniejsze włączanie innowacyjnego leczenia u pacjentów w konkretnych grupach chorób.



Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, MRS

Mówiąc o onkologii w kontekście wszystkich chorób cywilizacyjnych, sądzę, że to będzie kolejny etap, na którym zadamy sobie pytanie, gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy, patrząc na to, jaka została już zbudowana w Polsce krytycznie ważna systemowa infrastruktura logistyczno-organizacyjna, zwracając uwagę, co jeszcze trzeba zrobić, żeby przyspieszyć pewne procesy, które związane są z realizacją Narodowej Strategii Onkologicznej. Myślę, że kolejne głosy, które dzisiaj padną pokażą, jak bardzo posunęliśmy się do przodu przez ostatnie trzy lata, jak bardzo zwiększył się dostęp do nowoczesnych terapii, a z drugiej strony, ile jeszcze jest do wykonania, szczególnie na przykład w zakresie edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych czy szczepień, które są bardzo istotne w prewencji i profilaktyce nowotworów. Od wielu lat Światowa Organizacja Zdrowia apeluje, że gdyby ludzie chcieli zmienić swój styl życia i przestrzegali zasad zapisanych w Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem, to można by zmniejszyć zachorowalność na nowotwory nawet powyżej 40%. Warto naprawdę wielką wagę przyłożyć do prewencji i profilaktyki



¹⁴ <https://pulsmedycyny.pl/adam-niedzielski-w-ostatnich-latach-podwoilismy-naklady-finansowe-na-onkologie-1157665>

po to, żeby docelowo zaoszczędzić adekwatne do potrzeb środki finansowe na leczenie tych, którzy zachorowali nie z własnej winy, zapewniając im równy dostęp do najbardziej nowoczesnych i skutecznych choć kosztownych terapii. .

Jeśli chodzi o prewencję i profilaktykę w onkologii, to te działania są najbardziej efektywne, kiedy możemy je monitorować i ewaluować w czasie. Chciałbym bardzo doczekać takiej rzeczywistości, w której będzie obowiązywał wypracowany przez ekspertów jednolity standard postępowania stanowiący obowiązkowy wzorzec, gotowy do szybkiego wdrażania i realizacji przez wszystkie samorządy. Bo w samorządach tkwi niesamowita siła, tylko trzeba ją umiejętnie spożytkować i ukierunkować w oparciu o atrakcyjny system motywacyjny. Obserwowaliśmy ten potencjał w organizowanych przez Polską Unię Onkologii wieloletnich kampaniach takich jak: „Mam haka na raka”, „Zdrowa Gmina”, „Moje Pierwsze USG” czy „Słoneczny Patrol”. Kampanie te prowadziliśmy na zasadzie konkursu, czyli nie narzucone pomysły, a danie przestrzeni, żeby dane podmioty same wykreowały określone modele prewencji i profilaktyki. Obecnie brakuje możliwości kontynuowania realizacji tych modeli kampanii, które się sprawdziły. Od dziesiątek już lat mówiąc o prewencji i edukacji zdrowotnej, podkreślaliśmy fundamentalne znaczenie konieczności wprowadzenia do szkół „Godziny dla zdrowia”. Mówi się o innych zajęciach wprowadzanych do szkół jednocześnie fałszywie argumentując, że nie ma czasu na te lekcje o zdrowiu. Nie będziemy mieli zdrowego społeczeństwa, jeśli nie wyedukujemy dzieci i młodzieży w szkole. Szczególnie łatwo jest edukować młodzież, jeśli zachęca się ją, żeby brała udział w konkursach i akcjach społecznych. Jeżeli zobaczymy, że od najniższego poziomu administracji państwowej, od gmin i małych miasteczek poczynając, uruchomimy skuteczną współpracę wójta, nauczyciela w szkole, lekarza rodzinnego, lekarza medycyny pracy, aptekarza i księdza proboszcza to osiągniemy sukces. Sanepid to sieć mająca kontakty ze szkołami, a nie wykorzystany jest jego potencjał edukacyjny do końca, podobnie opieka farmaceutyczna w aptekach. Ile jest podmiotów, które jeśli razem scalić i zmobilizować, to jaka może być wielka sprawczość takiego postępowania. Moim zdaniem patrząc na prewencję i profilaktykę chorób cywilizacyjnych najważniejszym filarem systemu jest instytucja lekarza rodzinnego. Aby wesprzeć lekarza POZ powinny powstać nowe zawody medyczne, takie jak sekretarka medyczna, koordynator, w tym niewykorzystana baza absolwentów zdrowia publicznego. Za tym wszystkim musi iść finansowy system motywacyjny, dla tych wszystkich, którzy to prawidłowo wykonują. Podam przykład, który zapewne jest Państwu znany, Centrum Medycznego w Siedlcach, gdzie zgłaszalność na badania profilaktyczne jest na poziomie 70-80%, nawet w trudnym okresie pandemii. Zwracam się z apelem do wszystkich najważniejszych decydentów w Państwie, żeby nie stracić szans, jakie stoją przed Narodową Strategią Onkologiczną i Krajową Siecią Onkologiczną, bo to są podwaliny, które należy wykorzystać w szybkiej realizacji zgodnie z założeniami mimo pandemii, sytuacji geopolitycznej i kryzysu finansowego. Zachęcam, żebyśmy wspólnie zbudowali nową jakość. Mówimy bardzo często, nie tylko o onkologii, ale także, o innych dziedzinach medycyny, chcemy wspólnie działać na rzecz pacjenta - człowieka chorego, który w swoim życiu doświadcza wielu chorób cywilizacyjnych, nie rzadko też i nie tylko jednego, ale wielu nowotworów ze względu na wydłużenie długości życia. Chcę powiedzieć, że jeżeli traktujemy opiekę medyczną holistycznie czyli całościowo, jeżeli mamy narodowe programy w dziedzinach onkologii, kardiologii, psychiatrii oraz chorób rzadkich, to niech ten kompleksowy i koordynowany system otwiera lekarz rodzinny - partner wszystkich lekarzy specjalistów, a zamyka medycyna paliatywna, dlatego że to są dwa słupy milowe, na początku i na końcu całej tej holistycznej opieki w dobrze funkcjonującym systemie ochrony zdrowia.

Dr Michał Sutkowski, Specjalista Medycyny Rodzinnej i Chorób Wewnętrznych, Rzecznik Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, MRS



Jak zapewne Państwo wiecie, odbywa się rewolucja w POZ. Ona nie skończy się ani dzisiaj, ani jutro, będzie trwać. Rzeczywiście jest tak, że od pierwszego lipca br. lekarz POZ, podpisując dodatkową umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, może w ramach tak zwanego budżetu powierzonego zlecać dodatkowo siedem badań diagnostycznych. I tutaj przypomnę, co lekarz POZ może Państwu zlecić. To badania: ferrytyna – diagnostyka niedoboru żelaza, witamina B12 – niedokrwistość, przeciwciała anty-CCP – reumatoidalne zapalenie stawów, przeciwciała anty-HCV – wirusowe zapalenie wątroby typu C, badanie na obecność *Helicobacter pylori* w kale, Strep-test – paciorkowce i angina oraz CRP u dziecka – stan zapalny w organizmie. Te badania wynikają z wprowadzenia opieki koordynowanej, której istotnym elementem ma być lekarz POZ. To jest pakiet, który został uzgodniony w zespole, w którym pracowało środowisko lekarzy rodzinnych, ale częściowo się wycofało, bo nie wszystko zostało w tym zespole, zgodnie z naszymi postulatami, wykonane. Powtarzam, że w 95 procentach środowisko POZ jest za sensownie zorganizowaną opieką koordynowaną. Jest istotną rolą lekarza rodzinnego, który będąc najbliżej, może w sposób holistyczny spełniać jego oczekiwania i oczekiwania systemu i być łącznikiem, a nie tylko *gatekeeperem* systemu. Natomiast niektóre rzeczy trochę nas mniej cieszą. Mniej cieszy nas przede wszystkim harmonogram, prowadzenie tego, a przede wszystkim to, co nas czeka od pierwszego października. Myślę, że jesteśmy istotnym, jako Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce partnerem dla Ministerstwa Zdrowia. Na te rozmowy zresztą oczekujemy, bo złożyliśmy chęć rozmów z Panem Ministrem w sprawach szczegółowych. Chciałbym również zaapelować o powtórny taryfikację świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W zakresie badań wykrywających HCV na poziomie POZ, ze względu na ograniczony budżet powierzony na te badania, nie mogą one stanowić realizowania zleceń innych lekarzy, zarówno w AOS, szpitali, jak i gabinetów prywatnych. I uwaga, nie służą również do prowadzenia akcji badań przesiewowych. Przypomnę Państwu, że w ramach prac Rady do spraw Ochrony Zdrowia przy Panu Prezydencie RP został złożony projekt krajowego programu badań przesiewowych w kierunku HCV. To jest projekt nie na badania w POZ czy gdziekolwiek indziej, tylko Narodowego Programu Eliminacji HCV. Jedynie taki program, ramowy, holistyczny, sensowny, który będzie również uwzględniał działania edukacyjne, i inne ma szansę powodzenia i ogromny sens. Nie muszę tego tłumaczyć, z uwagi na poważne powikłania wirusowego zapalenia wątroby typu C, takie jak marskość wątroby, rak wątrobowokomórkowy.

Prof. Paweł Kowal, Poseł na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia

Warto dyskutować o problemach związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w Polsce w kontekście europejskim. Podczas ostatniego spotkania mówiłem o kwestii Europejskiej Unii Zdrowia. Europejska Unia Zdrowia pojawiła się jako program, części polityki europejskiej, ale nie została zinstytucjonalizowana. Za cel stawiamy naciskanie i lobbowanie za tym, żeby doszło do instytucjonalizacji Europejskiej Unii Zdrowia, być może nawet w oparciu o jakieś nowe porozumienie prawne. Jest to fundamentalne, dlatego że na mocy obecnego traktatu instytucje unijne



już wykorzystały wszystko, co jest możliwe, żeby budować wspólną politykę zdrowotną. Gdyby mnie ktoś pytał, jako eksperta, nie jako polityka, to powiedziałbym, że faktycznie na bazie obecnego traktatu, ponieważ założenie było takie, że polityka zdrowotna nie jest tak uwspólnotowiona, już wyciśnięto wszystko co się da. Być może jest możliwa dalsza instytucjonalizacja Europejskiej Unii Zdrowia na przykład na wzór Europejskiej Unii Energetycznej, ale to wymaga dodatkowych rozwiązań prawnych. Jednak to nie jest jedyne miejsce w polityce Unii Europejskiej, któremu warto się przyjrzeć w kontekście naszej dzisiejszej debaty. Takim miejscem jest także „Plan Walki z Rakiem”. Ta kwestia rozwija się w instytucjach europejskich dobrze od kilku lat i działa na poziomie politycznym, czyli na poziomie Parlamentu Europejskiego. Stała się tematem kompleksowego działania Komisji Europejskiej bez specjalnej instytucjonalizacji. Uważam, że po pandemii COVID-19 i po intensyfikacji wojny na Ukrainie jest oczywiste, że w interesie wielu państw członkowskich, a przede wszystkim w interesie Polski leży budowaniu wspólnej polityki zdrowotnej. Przechodzę teraz do samego „Planu Walki z Rakiem”, który jest realizowany w czterech zakresach: walka z nierównościami w dostępie do opieki onkologicznej, prowadzenie badań przesiewowych, wdrażanie szczepień przeciwko HPV i dostęp do skutecznych terapii przeciwnowotworowych. Pewnie trzeba by do tego dodać także kwestię profilaktyki, o czym mówiliśmy na naszych spotkaniach wiele razy. Kwestia nierówności w dostępie do opieki onkologicznej jest oczkiem w głowie w działaniach instytucji europejskich, zarówno w kwestiach zdrowia, jak i wszystkich innych. Dotykamy w gruncie rzeczy jednej z najistotniejszych kwestii w Unii Europejskiej, czyli wyrównywania szans dostępu do leczenia, wykrywania oraz profilaktyki raka. W Polsce to należałoby umieścić zarówno w kontekście pandemii COVID-19, jak i osłabienia możliwości dostępu do służby zdrowia w związku z dużą liczbą uchodźców z Ukrainy. Kwestia realizacji unijnego planu walki z rakiem jest dzisiaj zadaniem politycznym w Polsce. Kwestia zdrowia ociera się także o zasadniczą kwestię, czy chcemy głębszej integracji z Unią Europejską czy nie. Mówimy o niej w kontekście zdrowia, ale kiedy to przełożymy na język ogólnopolityczny, to w gruncie rzeczy to dotyczy zasadniczego pytania, czy nam zależy na większej integracji czy nie? Mogą być różne stanowiska. Nie jestem tu po to, aby agitować za jednym z nich. Ktoś może powiedzieć, że nie chce większej integracji. Jednak wydarzenia wokół szczepionek przeciwko COVID-19 oraz wojna za naszą wschodnią granicą przekonały mnie, że w interesie Polski jest większa integracja z Unią Europejską. Na koniec uwaga natury filozoficznej, ale też praktycznej. Praca w Parlamencie Europejskim nad społecznymi tematami, w tym w zakresie zdrowia, pokazuje dużą różnicę między „brutto, a netto”. Dużo się musi zadziałać, żeby był z tego „mały urobek”. Można powiedzieć, że płaci się bardzo duży „podatek od gadania”, ale na tym polega Parlament Europejski. Odnoszę się do tego z umiarkowaną powagą, nie ignorując oczywiście prac w Parlamencie Europejskim. Uważam, że powoli wzrasta znaczenie Parlamentu Europejskiego. Prace parlamentu mogą się wydawać czasami irytujące, bezsensowne i mało skuteczne, ale ja dostrzegam w nich sens. Jeżeli się gromadzi wokół jakiegoś tematu duża liczba posłów, jeżeli do tego znajdują się posłowie istotni, czyli na przykład z tych frakcji, które tworzą, mają wpływ na Komisję Europejską i na tworzenie większości, to powstaje taki element i ferment, że Komisja Europejska zaczyna brać to na poważnie i przekłada to na swoje konkretne działania. Przykład „Programu Walki z Rakiem” moim zdaniem jest tego dowodem. Warto więc pracować z Parlamentem Europejskim, ale trzeba mieć dużo cierpliwości i rozumieć jego specyfikę oraz rolę czasu w dochodzeniu do konsensusu i konkretnych decyzji.

Prof. Ewa Lech-Marańda, Konsultant Krajowy w dziedzinie Hematologii

W ciągu ostatnich kilku lat wiele pozytywnych decyzji refundacyjnych znacząco wpłynęło na poprawę dostępu do nowoczesnych terapii dla pacjentów hematologicznych. Potrzebne są jednak równoległe zmiany organizacyjne w polskiej hematologii, aby zapewnić chorym kompleksową i skoordynowaną opiekę. W 2019 r. zespół ekspertów klinicznych, ekspertów Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz ministerstwa zdrowia przygotował projekt referencyjności ośrodków hematologicznych, który jest pierwszym etapem zmian organizacyjnych. Model referencyjności ośrodków hematologicznych zakłada trzystopniowy podział i opiera się na potencjale wykonawczym ośrodków, w szczególności na liczbie i kwalifikacjach personelu medycznego, wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną oraz możliwościach diagnostyczno-terapeutycznych. Poziom opieki podstawowy obejmuje głównie opiekę ambulatoryjną realizowaną w oddziałach leczenia dziennego lub poradniach hematologicznych oraz świadczenia hematologiczne (diagnostyka i leczenie) w ramach wyodrębnionych łóżek szpitalnych na oddziałach o profilu onkologicznym lub chorób wewnętrznych. Poziom opieki specjalistyczny (I poziom referencyjny) obejmuje ośrodki prowadzące pełną diagnostykę i leczenie wybranych nowotworów hematologicznych, realizowaną w oddziałach o profilu hematologia z pododdziałem leczenia dziennego i przyszpitalną poradnię hematologiczną. Poziom opieki wysokospecjalistyczny (II poziom referencyjny) obejmuje ośrodki realizujące kompleksową diagnostykę i leczenie wszystkich nowotworów hematologicznych i posiadające w swoich strukturach oddział hematologiczny z pododdziałem intensywnej opieki hematologicznej, pododdziałem leczenia dziennego, przyszpitalną poradnię hematologiczną oraz oddział przeszczepiania krwiotwórczych komórek macierzystych. Przedstawiony model referencyjności jest pierwszym i niezbędnym etapem do wprowadzenia skoordynowanej i kompleksowej opieki hematologicznej w ramach Krajowej Sieci Hematologicznej (KSH). Krajowa Sieć Hematologiczna zakłada utworzenie sieci ośrodków hematologicznych na różnych poziomach referencyjnych, tak, aby zapewnić dwukierunkowy system opieki, tj. aby najprostsze świadczenia medyczne mogły być realizowane na poziomie podstawowym, a bardziej złożone na specjalistycznym, zaś najbardziej skomplikowane na poziomie wysokospecjalistycznym. Główne cele KSH będą obejmowały wprowadzenie współpracy między ośrodkami na rzecz pacjenta (koordynacja pionowa pomiędzy ośrodkami) oraz wprowadzenie jednolitych zasad koordynacji leczenia (koordynacja pozioma), wprowadzenie jednolitych standardów diagnostyki i leczenia, niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta, w celu uzyskania poprawy rokowania i jakości życia chorych, zapewnienie kompleksowości leczenia, rozumianej w szczególności jako równy i szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki i farmakoterapii (w oparciu o współpracę pomiędzy ośrodkami o różnych poziomach referencyjności), ale również jako dostęp do opieki wielospecjalistycznej (psychoonkolog, dietetyk, rehabilitant) oraz monitorowanie jakości diagnostyki i leczenia (kliniczne mierniki jakościowe), a także monitorowanie organizacji i funkcjonowania opieki hematologicznej (organizacyjne mierniki jakościowe). Krajowa Sieć Hematologiczna na wzór Krajowej Sieci Onkologicznej zakłada również utworzenie krajowego ośrodka koordynującego oraz wojewódzkich ośrodków koordynujących, których zadaniem będzie m.in. zbieranie, analizowanie i raportowanie klinicznych i organizacyjnych mierników jakości opieki hematologicznej. Wiemy doskonale, że bez wprowadzenia jednolitych standardów postępowania diagnostycznego i leczniczego, bez mierzenia efektów i jakości realizowanych procedur nie będzie



możliwa optymalizacja leczenia hematologicznego. Mamy obecnie do dyspozycji coraz nowocześniejsze terapie, na które przeznaczane są znaczne środki publiczne, dlatego też efektywność stosowanego leczenia w skali ośrodka, województwa i kraju powinna być monitorowana. Oprócz w/w mierników jakości diagnostyki i leczenia, niemniej ważne będą mierniki organizacyjno-systemowe, które mają na celu pokazanie funkcjonowania całego systemu opieki hematologicznej, w tym obszarów, które wymagają poprawy. Projekt zakłada, że efektem funkcjonowania KSH będzie poprawa zabezpieczenia zdrowotnego w zakresie opieki hematologicznej, w tym poprawa dostępności do diagnostyki i leczenia nowotworów krwi (skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę, rozpoczęcie właściwego leczenia), zwiększenie wykrywalności nowotworów krwi we wczesnych stadiach oraz obniżenie umieralności i wydłużenie 5-letnich przeżyć. Na lipcowym posiedzeniu Krajowej Rady ds. Onkologii została pozytywnie zaopiniowana idea utworzenia KSH i rozpoczęcie prac nad tym projektem.

Jak wspominałam na wstępie, w ciągu ostatnich czterech lat istotnie poprawił się dostęp do nowoczesnych terapii dla polskich pacjentów hematologicznych, zrefundowanych zostało 29 leków w nowych wskazaniach. Należy podkreślić, że wśród udostępnionych terapii są również tzw. przełomowe technologie lekowe, takie jak terapia CAR-T dla chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (2021 r.) i chorych na agresywne chłoniaki B-komórkowe (2022 r.) Poprawił się dostęp do nowych leków dla chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową, szpiczaka plazmocytowego, chłoniaka grudkowego, chłoniaka z komórek płaszczka, chłoniaka Hodgkina, przewlekłą białaczkę szpikową, mielofibrozę oraz ostrą białaczkę limfoblastyczną. Oczekujemy obecnie na refundację czterech terapii dla chorych na ostre białaczki szpikowe, tj. wenetoklaksu z azycytydyną dla chorych, którzy nie kwalifikują się do intensywnego leczenia (terapia wydłuża całkowite przeżycie i zwiększa odsetek całkowitych remisji), gilterytynibu dla chorych z opornością lub nawrotem i jednocześnie z obecnością niekorzystnie rokującej mutacji FLT3, gemtuzumabu ozogamycyny oraz liposomalnej postaci daunorubicyny i cytarabiny w pierwszej linii leczenia. Jeśli udałoby się te w/w cztery terapie zrefundować, wówczas zabezpieczone będzie leczenie całej populacji chorych na ostre białaczki szpikowe. Uzupelnienia o inhibitory kinazy Brutona (ibrutynib i akalabrutynib) wymaga jeszcze pierwsza linia leczenia u chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową z niekorzystnie rokującymi zaburzeniami genetycznymi, tj. z delecją ramienia krótkiego chromosomu 17 (del 17p) bądź z mutacją TP53 oraz z niezmutowanym regionem zmiennym genów kodujących łańcuch ciężki immunoglobulin. W planach na 2022 rok jest również wprowadzenie zmian w programie lekowym B.54. dla chorych na szpiczaka plazmocytowego, m.in. rozszerzenie dotychczasowych wskazań dla lenalidomidu z deksametazonem, tak, aby były one tożsame ze wskazaniami zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego (ChPL) oraz możliwość stosowania iksazomibu z lenalidomidem i deksametazonem od drugiej linii leczenia u chorych z grupy wysokiego ryzyka cytogenetycznego, a nie tylko od trzeciej linii jak jest dotychczas. Konieczne będzie również uzupełnienie programu lekowego B.54. o przeciwciało monoklonalne (daratumumab) w schemacie VTD w pierwszej linii dla chorych kwalifikujących się do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych. Wszyscy mamy nadzieję, że w/w leki uda się wprowadzić do refundacji w najbliższej przyszłości dzięki czemu możliwa będzie dalsza poprawa wyników leczenia u chorych hematologicznych.

*Prof. Tomasz Wróbel, Kierownik Kliniki Hematologii,
Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu*



Chłoniak anaplastyczny jest bardzo rzadką chorobą. Chłoniaki T-komórkowe to zaledwie kilka procent pacjentów w polskiej populacji, dlatego, że zwykle ponad 90% chorych, z którymi mamy do czynienia, to są pacjenci z chłoniakami, które wywodzą się z limfocytów B. Należy powiedzieć, że wyniki leczenia chłoniaków T-komórkowych są niestety znacznie gorsze niż innych typów chłoniaków. Do tej pory w zasadzie kluczem do terapii tych chłoniaków była tylko chemioterapia, a słyszeliśmy dzisiaj dużo na temat nowych terapii, terapii celowanych, immunoterapii, przeciwciał monoklonalnych. W leczeniu pacjentów z chłoniakiem anaplastycznym też pojawiła się taka możliwość, mianowicie przeciwciało anty CD30 - brentuksymab vedotin. Lek ten znajduje zastosowanie właśnie w chłoniakach, które mają na powierzchni komórek nowotworowych antygen, który określamy jako CD30. Brentuksymab vedotin jest stosowany w leczeniu chłoniaka Hodgkina, ale w tej chwili również w leczeniu chłoniaka anaplastycznego, już stosowany w pierwszej linii. Skojarzenie chemioterapii z przeciwciałem anty-CD30 pozwala praktycznie na podwojenie czasu wolnego od progresji. Wyniki są rzeczywiście bardzo dobre, dlatego że zastosowanie tego przeciwdziała już w pierwszej linii prowadzi do mediany czasu wolnego od progresji wynoszącym 48 miesięcy, przy leczeniu skojarzonym w stosunku do raptem 20 miesięcy dla pacjentów leczonych samą chemioterapią. Dlatego eksperci zalecają stosowanie chemioimmunoterapii właśnie w leczeniu pierwszej linii tego chłoniaka. Myślę, że jeśli mówimy o tej niewielkiej liczbie pacjentów, których w Polsce mamy, to sądzę, że warto byłoby pomyśleć, żeby i dla nich ten lek mógł być stosowany w pierwszej linii. W przypadku szpiczaka klinicysta powinien dysponować pełnym spektrum terapii, po to, aby pacjent mógł jak najdłużej funkcjonować. Program lekowy dotyczący terapii szpiczaka plazmocytozowego, wymaga uporządkowania, ponieważ nowe cząsteczki dochodziły w ciągu wielu lat. Program jest chaotyczny i czasami jest tak, że jedna terapia wyklucza zastosowanie innej terapii, powoduje pewne trudności natury administracyjnej. Pacjent ze szpiczakiem plazmocytozowym im szybciej uzyska dobrą kontrolę choroby, dzięki terapii pierwszej linii, tym lepiej. Lekiem, o którym warto wspomnieć jestem daratumumab, który jest dostępny w programie lekowym, ale w dość ograniczonym zakresie. Wyniki badania KASJOPEA pokazują, że zastosowanie daratumumabu już w pierwszej linii terapii u pacjentów młodszych, ale też i starszych w istotny sposób wydłuża czas wolny od progresji, a w konsekwencji poprawia przeżycie tych chorych. Oczekujemy, aby w ciągu najbliższego roku daratumumab można było zastosować u chorych już w pierwszej linii terapii, bo te terapie stosowane na wcześniejszym etapie są najbardziej skuteczne. Kluczowe jest zrefundowanie icksazomibu w II linii leczenia. Iksazomib to lek doustny, który pomaga pacjentom z niekorzystnymi czynnikami cytogenetycznymi. Jego obecna refundacja w III linii terapii w programie lekowym sprawia, że niewiele pacjentów może z tej terapii skorzystać. Przesunięcie icksazomibu do II linii leczenia spowodowałoby skuteczne zastosowanie tego leku u większej grupy pacjentów z zaburzeniami cytogenetycznymi. Tak więc, program lekowy B.54. LECZENIE CHORYCH NA SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO (ICD-10: C90.0) wymaga uporządkowania i przesunięcia niektórych terapii na wcześniejszy etap, żeby więcej pacjentów mogło z tych leków skorzystać. Niestety obecne zapisy programu lekowego uniemożliwiają nam taki schemat leczenia. Musimy pamiętać, że chorzy na szpiczaka plazmocytozowego to są ludzie starsi (mediana wieku to ok. 70 lat). Nie wszyscy też są mieszkańcami dużych miast i mają w pobliżu duży ośrodek hematologiczny. Formy doustne

na pewno poprawiają jakość życia chorych, w przypadku, gdy są tak samo skuteczne, jak to pokazują badania, jak formy dożylnie. Jest to zdecydowanie lepsze rozwiązanie dla pacjentów, lekarzy i systemu opieki zdrowotnej, który jest w mniejszym stopniu obciążony w sytuacji, kiedy pacjent zażywa tabletki w domu.

Dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, Past-Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Podstawową zasadą budowania kompleksowej opieki onkologicznej jest tworzenie systemu, w którym ważne decyzje organizacyjne podejmowane są w oparciu o realne dane. Apeluję o jak najszybsze wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej, która pozwoli zobrazować aktualny stan opieki onkologicznej w Polsce. Zebrane dane pokażą, gdzie i w jakim tempie pacjenci mogą się diagnozować i leczyć, pozwolą wskazać miejsca, w których dostęp do kompleksowej opieki onkologicznej jest utrudniony. Realne pokazanie aktualnych problemów w zakresie dostępu do świadczeń również pomaga w zmaganiu się ze skutkami pandemii i wojny w Ukrainie.



Kolejnym ważnym elementem KSO, który pomaga w trakcie kryzysu jest współpraca między szpitalami. Obserwując dane zebrane w trakcie pilotażu, zauważyliśmy, że w pandemii pacjenci mieli najlepszy dostęp do opieki onkologicznej w dużych centralnych ośrodkach i instytutach onkologii. Wykorzystaliśmy tę obserwację w pierwszych miesiącach wojny w Ukrainie. W momencie, w którym wybuchła wojna i zaczęła się masowa emigracja mieszkańców Ukrainy do Polski - Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych natychmiast nawiązało współpracę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Powstała specjalna infolinia oraz wspólna koordynacja ruchu pacjentów onkologicznych z Ukrainy do polskich szpitali. Monitoruję cały czas ten proces na Dolnym Śląsku i naprawdę to sprawnie działa. Pacjenci z Ukrainy trafiają tam, gdzie mogą uzyskać najszybszą i najbardziej efektywną pomoc, nie utrudniając dostępu do onkologa polskim pacjentom. Stworzenie sieci szpitali onkologicznych w Polsce otwiera nowe możliwości organizacji opieki onkologicznej. Będziemy mieli narzędzie do poprawy koordynacji naszych działań i do optymalnego rozwiązywania problemów związanych z bezpieczeństwem opieki onkologicznej.

Dr hab. n. med. Barbara Radecka, prof. UO, Ordynator Kliniki Onkologii, Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu i Uniwersytetu Opolskiego

W 2021 r. zespół ekspertów przeprowadził analizę rejestracji nowych leków onkologicznych i procesu obejmowania ich refundacją w Polsce. Wytypowano 10 najbardziej priorytetowych terapii (TOP 10 ONKO) . Wśród nich znalazły się m. in. leki stosowane w leczeniu chorych na zaawansowanego raka piersi. Są to: trastuzumab derukstekan (w raku HER2+), sacytuzumab gowitekan (w raku trójjennym), który znalazł się na liście Technologii o Wysokim Poziomiu Innowacyjności MZ, pembrolizumab (także w raku trójjennym), który znalazł się w rekomendacjach ESMO. Na liście TOP 10 ONKO pojawił się także trastuzumab emtanzyna, lek refundowany już wcześniej w leczeniu choroby zaawansowanej, ale obecnie rekomendowany



w kolejnym wskazaniu w adjuwantowym leczeniu chorych na HER2+ raka piersi z tzw. „chorobą resztkową”, czyli nowotworem przetrwałym pomimo przedoperacyjnego leczenia. Dla takich chorych lek jest refundowany od początku 2022 roku i fakt ten znacząco podnosi standard opieki. Na równie pozytywne rozstrzygnięcia liczymy w odniesieniu do wcześniej wspomnianych preparatów. Warto zauważyć, że trzy z wymienionych przeze mnie leków (trastuzumab emtanzyna, trastuzumab derukstekan i sacytuzumab gowitekan), to przedstawiciele nowej klasy preparatów, tzw. koniugatów. Koniugat to połączenie w jednej cząsteczce leku biologicznego, przeciwciała skierowanego na określony cel molekularny z klasyczną chemioterapią, czyli z cytostatykiem. Mówi się, że takie uzbrojone w chemioterapię przeciwciała to lek, który inteligentnie wprowadza cytostatyk do komórki nowotworowej. Oprócz refundowanego trastuzumabu emtanzyny, również dwie pozostałe terapie charakteryzują się dobrymi wynikami badań, a ich proces refundacyjny jest w toku. Mam nadzieję, że szybko zostanie sfinalizowany, a leki będą dostępne dla chorych w Polsce. Warto dodać, że koniugaty, zwane medialnie „koniami trojańskimi” są w tej chwili bardzo intensywnie eksplorowane w różnych nowotworach. Najczęściej występującym rakiem piersi jest rak hormonozależny, diagnozowany we wczesnym stadium. Absolutnie złotym standardem leczenia chorych na raka hormonozależnego, zarówno przed menopauzą, jak i po menopauzie jest hormonoterapia. U pacjentek, które charakteryzują się podwyższonym ryzykiem nawrotu po pierwotnym radykalnym leczeniu (a ryzyko takie definiujemy na podstawie m.in. takich czynników jak przerzuty do pachowych węzłów chłonnych, wysoki wskaźnik proliferacji Ki-67, duży wyjściowy rozmiar guza czy niekorzystny profil genowy) stosujemy dodatkowo chemioterapię. Nowością w tej grupie chorych jest stosowanie cyklibu, leku, który ma charakter blokowania cyklu komórkowego, a przez to hamowania proliferacji, czyli podziałów komórkowych. Leki z grupy cyklibów są obecnie refundowane w leczeniu choroby zaawansowanej. Dobrze znamy te leki, stosujemy na co dzień, wysoko oceniamy ich skuteczność, ale również bezpieczeństwo i przyjazność leczenia, bo są to leki doustne. Jeden z nich, abemacyklib, jest również zarejestrowany do leczenia wczesnego raka piersi, gdzie zwiększa szansę na dłuższe przeżycie bez nawrotu choroby. Uważamy, że jest to bardzo wartościowa opcja i powinna być refundowana ze środków publicznych. Polscy onkolodzy mają już doświadczenie z abemacyklibem we wczesnym raku piersi u chorych leczonych w badaniu klinicznym. Oceniamy ten lek bardzo dobrze. Oczywiście jest to leczenie przewlekłe i obarczone większym ryzykiem działań niepożądanych w porównaniu do wyłącznej hormonoterapii. Warto jednak podkreślić, że nabyte już doświadczenie w stosowaniu abemacyklibu w chorobie zaawansowanej pomaga nam kontrolować te problemy, m.in. poprzez edukację chorych w zakresie właściwej diety czy wsparcie prostymi lekami przeciwbiegunkowymi.

Dr Katarzyna Pogoda, Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii NIO-PIB

Wczesny rak piersi to niejednorodna pod względem rokowania jednostka chorobowa. Na rokowanie, jakie będzie mieć chory na wczesnego raka piersi wpływają trzy rzeczy. Po pierwsze, z jakim podtypem raka mamy do czynienia. Jeśli z potrójnie ujemnym rakiem piersi, to rokowanie jest gorsze. W przypadku innych podtypów – raka HER2-dodatniego czy hormonozależnego raka piersi stosowane są dedykowane terapie, które zmniejszają ryzyko choroby. Kolejnymi czynnikami, które bierzemy również pod uwagę, oceniając ryzyko nawrotu są: wyjściowa wielkość guza piersi, obecność przerzutów w węzłach



chłonnych oraz wskaźnik proliferacji Ki-67. To wszystko bierzemy pod uwagę i stosujemy odpowiednią terapię. Trudno powiedzieć, jakie będzie rokowanie u każdej chorej, natomiast zawsze musimy w nim uwzględnić wszystkie powyższe czynniki ryzyka nawrotu choroby. Z kolei zastanawiając się nad przełomem w leczeniu zaawansowanego raka piersi pacjentek z HER2-dodatnim i z potrójnie ujemnym rakiem piersi warto wrócić do koniugatów. W raku HER2-dodatnim opracowano nowy bardzo obiecujący koniugat: trastuzumab derukstekan. Dane, którymi dysponujemy wykazują, że znacznie poprawia się rokowanie pacjentek poddanych takiej terapii. Mediana czasu wolnego od progresji choroby, czyli czasu, kiedy pacjentka kontynuuje daną terapię wynosi 25 miesięcy vs 7 miesięcy w ramieniu kontrolnym. To są dane, których wcześniej w leczeniu chorych na HER2-dodatniego raka piersi nie obserwowaliśmy, dlatego ta terapia jest niesamowitym postępem. Jeśli mówimy o potrójnie ujemnym raku piersi, podtypie który w chorobie zaawansowanej ma najgorsze rokowanie, to tutaj też pojawił się nowy koniugat: sacituzumab govitecan, który wydłuża czas wolny od progresji choroby i wydłuża czas przeżycia chorych.

Prof. Radosław Mądry, Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej oraz Oddziału Ginekologii Onkologicznej Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świąćckiego UM w Poznaniu, Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej



Dane Krajowego Rejestru Nowotworów wskazują bardzo niepokojący trend wzrostu śmiertelności z powodu raka endometrium w Polsce, co odróżnia Polskę od innych krajów europejskich, w których ten trend jest spadkowy. Od lat obserwowaliśmy duży wzrost zachorowań, ponieważ określone czynniki stymulowały powstawanie raka trzonu macicy, wśród których najbardziej znanym czynnikiem jest otyłość. Jednak gwałtowny wzrost zgonów spowodowany tym nowotworem nie może być wytłumaczony w sposób prosty. Co się wydarzyło, to możemy trochę spekulować, a na razie nie mamy twardych danych, żeby coś konkretnego powiedzieć. Uważamy, że jest to po części związane z redukcją u części chorych leczenia uzupełniającego. Spowodowało to modyfikację naszych zachowań, jeśli chodzi o terapię. Druga rzecz, to prawdopodobnie pogorszyła się jakość badań histopatologicznych. Wiążemy ten fakt z centralizacją na rynku badań histopatologicznych, a niższa jakość wyników wpływa na podejmowanie nieracjonalnych decyzji przez lekarzy, a to przekłada się na to, że dochodzi do wznów raka trzonu macicy. To wymaga jednak weryfikacji. Staramy się to przeanalizować, zajmując się przeglądaniem dokumentacji na poszczególnych oddziałach, które zajmują się leczeniem, żeby potwierdzić nasze hipotezy. Twarde dane pokazują wzrost zgonów zwłaszcza wśród osób starszych. Wg europejskich rekomendacji ESMO, każda chora z rakiem endometrium powinna być testowana w kierunku tzw. dMMR (defektu naprawy niesparowanych nukleotydów). Możemy zadać pytanie: dlaczego w Polsce pomimo niskiej ceny testu nie jest to rutynowo wykonywane? Chcielibyśmy, aby każdy wynik histopatologiczny dotyczący raka trzonu macicy zawierał informacje na temat stopnia zaawansowania, żeby opisywał naciekanie przestrzeni limfatycznych czy wielkość guza. To są rzeczy, które od dawna są znanymi czynnikami rokowniczymi, które w polskich warunkach nie są opisywane. Testy w kierunku dMMR, i informacja o tym, czy ktoś ma uszkodzony system naprawy DNA, to jest tylko jeden z elementów. Tak naprawdę chcielibyśmy, żeby każda pacjentka miała oznaczoną immunohistochemicznie profil p53, czyli produktu genu, który warunkuje stabilność genomu oraz dMMR, przy czym do kompletu potrzebne byłoby badanie genetyczne oceny występowania

mutacji POLE. W tej chwili toczy się dyskusja, jeśli chodzi o patomorfologię. Wydaje się, że powinniśmy zmienić zasady finansowania pewnych rzeczy. We współpracy z prof. Bidzińskim, jako konsultantem krajowym wychodzimy z takim pomysłem, żeby NFZ zaczął płacić za świadczenia w raku trzonu macicy, kiedy badania obrazowe, operacyjne oraz wynik histopatologiczny spełnia określoną jakość, tak jak płaci za raka trzonu macicy, a w pozostałych sytuacjach żeby płacił tak, jak za wykonanie prostej histerektomii, która technicznie jest prawie tym samym. Ja nie mam problemów, żeby poprosić patologa, żeby wykonywać ocenę naciekania przestrzeni limfatycznych, wielkości guza, podtypu histopatologicznego oraz badań immunohistochemicznych. Nowy podział histo-molekularny raka endometrium, to bardzo istotna zmiana, ponieważ wiedza na temat występowania mutacji może wpływać na zakres zabiegu operacyjnego i leczenia uzupełniającego, co oznacza, że będzie poprawiał u części chorych wyniki leczenia. U części chorych będziemy w stanie przeprowadzać bardziej radykalne leczenie, a u części będziemy mogli doprowadzić do deeskalacji leczenia, co dla tych chorych będzie istotną korzyścią. Dlatego, ten podział jest bardzo istotny. W tej chwili, to jest podstawa, żeby w sposób nowoczesny spojrzeć na raka trzon macicy. Powtarzanie, że podstawą jest oznaczenie dMMR i p53 bez właściwej jakości histopatologii, to jest dalej próba obejścia problemu. Jest konieczność poprawy jakości badań histopatologicznych, a potem oczywiście praca edukacyjna nad lekarzami, aby zrozumieli, jak jest istotne, aby chorych właściwie kwalifikować na podstawie właściwych danych.

Prof. Marek Wojtukiewicz, Kierownik Kliniki Onkologii UM w Białymstoku oraz Oddziału Onkologii Klinicznej Białostockiego Centrum Onkologii



Rak trzustki jest jednym z najczęstszych nowotworów, ponieważ u mężczyzn plasuje się na dziesiątym miejscu, natomiast u kobiet na trzynastym. W przypadku częstości zgonów, to rak trzustki zajmuje już szóste miejsce. To wskazuje na wagę problemu. Dlaczego tak jest? Otóż istnieje kilka powodów takiego stanu rzeczy. Biologia tego nowotworu jest odmienna od wielu innych nowotworów, co utrudnia leczenie.

Rozbudowane jest podścielisko tkankowe, mało jest naczyń krwionośnych, w związku z tym leki nie mogą penetrować do tkanki nowotworowej. Kolejną rzeczą, która utrudnia immunoterapię, istotną metodę leczenia innych nowotworów, jest mała liczba komórek immunokompetentnych w raku trzustki, które są celem dla terapii immunokompetentnej. Immunoterapia jest możliwa w raku trzustki, ale w ograniczonym zakresie. Jeśli chodzi o czas przeżycia całkowitego chorych to dane są bardzo pesymistyczne i nie różnią się od wyników uzyskiwanych w latach 70. XX wieku. Przeżycia 5-letnie od momentu rozpoznania raka trzustki w zależności od stopnia zaawansowania nowotworu wynoszą od 3-8 proc. Z kolei 10-letnie przeżycia, nie tylko w Polsce, lecz także w Wielkiej Brytanii wynoszą ok. 1 proc. Wynika to też z faktu, że rak trzustki rozpoznawany jest w stadium zaawansowanym bądź przebiega bezobjawowo albo skąpo objawowo. Objawy, jeśli obecne, są niecharakterystyczne i pojawiają się bardzo późno. Na 4 tys. rozpoznawanych w Polsce nowych przypadków raka trzustki, ok. 2,8 tys., czyli ok. 70 proc. jest poza możliwościami operacji w chwili rozpoznania. W związku z tym chirurgia radykalna nie wchodzi w grę, a jedynie leczenie systemowe. Niestety, przez ostatnie lata w leczeniu systemowym niewiele się zmieniło. Początkowo głównym lekiem był 5-fluorouracyl łączony z gemcytabiną, a potem złotym standardem stała się gemcytabina. Jedyną nową opcją terapeutyczną, która wykazała się skutecznością i bezpieczeństwem, i została zarejestrowana przez FDA i EMA jest lek irynotekan nanoliposomalny. Blokują on enzym zwany topoizomerazą I. Poprzez blokowanie tego

enzymu komórki nowotworowe nie mogą się namnażać i w końcu umierają. Irynotekan nanoliposomalny jest zawarty w maleńkich cząsteczkach tłuszczu zwanych "liposomami". Gromadzą się one wybiórczo w obrębie raka trzustki i następnie powoli uwalniają lek, dzięki czemu może on działać dłużej w obrębie guza. Irynotekan nanoliposomalny jest stosowany w II linii leczenia i jest rekomendowany przez międzynarodowe wytyczne: ESMO, NCCN, ASCO. Zarejestrowane wskazanie dla tego preparatu to leczenie gruczolakoraka trzustki z przerzutami, w połączeniu z 5-fluorouracylem (5-FU) i leukoworyną (LV), u dorosłych pacjentów z progresją choroby po terapii opartej na gemcytabinie. Irynotekan nanoliposomalny jest pierwszym i jedynym lekiem zarejestrowanym dla dorosłych pacjentów z przerzutowym rakiem trzustki, wykazujących progresję choroby po terapii opartej na gemcytabinie, którego skuteczność w zakresie istotnego przedłużenia OS została wykazana w randomizowanym badaniu klinicznym (NAPOLI – 1). Stosowany w II linii terapii rozszerza możliwości leczenia chorych, co jest niezwykle istotne w przypadku chorych na raka trzustki w fazie rozsiewu nowotworowego.

***Prof. Anna Latos-Bieleńska, Konsultant
Krajowa w dziedzinie Genetyki Klinicznej,
Kierownik Katedry i Zakładu Genetyki
Medycznej Uniwersytet Medyczny im. K.
Marcinkowskiego Centrum Biologii Medycznej***



Personalizacja leczenia onkologicznego jest kluczowym kierunkiem rozwoju onkologii. Wszyscy wiemy, że diagnostyka genetyczna znacząco zmienia podejście do procesu terapeutycznego. Pod koniec czerwca 2022 r. odbył się Polski Kongres Genetyki. Poprzedni był aż sześć lat temu. Zwykle odbywa się on co cztery lata, jednak pandemia stanęła na przeszkodzie regularnej cykliczności. Mieliśmy możliwość obserwacji, jak ogromny postęp nastąpił w badaniach genetycznych w onkologii w ciągu tych sześciu lat. Wszystkie doniesienia podkreślają znaczenie sekwencjonowania następnej generacji i pokazują wyższość tej metody nad dotychczasową diagnostyką genetyczną. Doniesienia mówią o nowych klasyfikacjach nowotworów, mówią też o terapii personalizowanej w takich nowotworach, jak: rak piersi, glejak, rak płuca czy rak jelita grubego. Jako konsultant krajowa ciesząc się z tego wielkiego postępu i z dalszych perspektyw, mam jednak świadomość, że z jednej strony ten postęp cieszy, ale z drugiej stawia wymagania, żeby diagnostykę genetyczną prowadzić na najwyższym poziomie. Niezbędna jest ustawa o testach genetycznych, która po raz pierwszy określi wymogi stawiane genetycznym laboratoriom, co do jakości badań. A jakie to jest ważne, to za chwilę zilustruję przykładem, do czego dochodzi obecnie, kiedy takiej ustawy nie ma. Druga sprawa, to kadra, która musi być wysoko wykwalifikowana i kierunkowo wyszkolona właśnie do posługiwania się tymi nowoczesnymi badaniami genetycznymi, umiejąca zinterpretować wyniki i wykorzystać wyniki badań genetycznych w praktyce klinicznej. Chodzi tu z jednej strony o lekarzy, którzy z tych badań potrafią korzystać, a także o kadrę genetyków laboratoryjnych, która te badania potrafi zrobić w sposób właściwy. Oczywiście muszą być zapewnione także środki finansowe na badania genetyczne, zgodnie z rosnącym zapotrzebowaniem na nie. Odwołam się do raportu NIK sprzed ponad czterech lat, który w miazdzący sposób ocenił jakość badań genetycznych w Polsce. Wytknął brak nadzoru nad laboratoriami genetycznymi i możliwości błędów, jakie są z tym związane. W Polsce nie ma do tej pory rozwiązań legislacyjnych dotyczących testów genetycznych, a w innych krajach takie rozwiązania są. Najważniejsze trzy zagrożenia, to brak kompleksowych regulacji legislacyjnych, brak nadzoru instytucjonalnego nad laboratoriami genetycznymi oraz zbyt mała kadra

genetyków klinicznych i genetyków laboratoryjnych. Badania genetyczne są traktowane jak zwykła działalność gospodarcza, a tymczasem badanie genetyczne jest badaniem szczególnym, które nawet robione raz w życiu może zmienić życie osoby badanej oraz jej rodziny. Często jest brak interpretacji klinicznej wyniku i brak porady genetycznej. Pacjent dostaje wynik, a dalej musi sobie radzić sam. Lekarz jest też postawiony w trudnej sytuacji, bo niejednokrotnie musi podejmować decyzje terapeutyczne na podstawie źle przeprowadzonej diagnostyki genetycznej. Nie ma przepisów prawa, które by chroniły pacjenta i lekarza przed takim zagrożeniem. Jest jednak pewna nadzieja. Ustawa o testach genetycznych - jeśli w to włączymy też prace nad ustawą bioetyczną, bo tam wiele rzeczy się pokrywa, jest przygotowywana od ponad 10 lat, ale ostatnio do niej wrócono. Ustawa o testach genetycznych na początku 2022 r. została przesłana do konsultacji, te konsultacje się odbyły. Przesłałam uwagi 20 lutego 2022 r. i mam nadzieję, że jesienią sprawa ustawy o testach genetycznych wróci z pełną mocą. Przedstawię przykład, który ilustruje wszystkie te wymienione nieprawidłowości. Jest to przykład nadesłany trzy dni temu przez Panią profesor Marię Sasiadek z zespołem. Profesor Maria Sasiadek była konsultantem krajowym, ma wielkie zasługi w rozwoju badań genetycznych w onkologii i była bardzo poruszona nieprawidłowo opracowanym wynikiem badania genu BRCA, z licznymi błędami krytycznymi. Badanie zostało zrobione w laboratorium analityczno-bakteriologicznym, które ma wpis na listę KIDL. Wykryto wariant łagodny, który nie powinien być w ogóle umieszczany na wyniku, ponadto ten wariant opisano jako pozytywny, nie podano informacji, czy jest to wynik prawidłowy czy nieprawidłowy, nie odniesiono się do klasy wariantu. Jest 5 klas wariantu. Klasa 1. to jest polimorfizm bez znaczenia, klasa 5., najwyższa, ewidentnie patogenny, klasa 4. i .5 to są warianty o znaczeniu klinicznym. W wynikach badań genetycznych w onkologii to jest obowiązująca klasyfikacja. W kwestionowanym wyniku zawarto informację, że wynik pozytywny oznacza obecność mutacji, nie zawarto informacji, jakie jest znaczenie wariantu wykrytego u pacjentki, nie powtórzono badania z drugiego niezależnego pobrania krwi, a w przypadku wariantów patogennych to jest obowiązkowe. Wynik nie był autoryzowany przez specjalistę laboratoryjnej genetyki medycznej i był brak informacji o konieczności konsultacji pacjentki w poradni genetycznej. Lekarz, który by się posłużył tym wynikiem zostałby wprowadzony w błąd, szczególnie, że opis sugeruje wynik nieprawidłowy, tymczasem wynik faktycznie u pacjentki jest prawidłowy. Badanie autoryzował specjalista diagnostyki laboratoryjnej. Oczywiście napiszę w tej sprawie do ministra zdrowia, KIDL i do laboratorium, które ten wynik wydało. Co do samych kadr dla zabezpieczenia rozwoju diagnostyki genetycznej, to ostatnio nastąpił budzący nadzieję postęp. Pierwsza sprawa, to dostęp do robienia specjalizacji przez biotechnologów. Biotechnolodzy są w nowoczesnej diagnostyce genetycznej ogromnie potrzebni, zwłaszcza przy badaniach metodą sekwencjonowania nowej generacji. Jest nadzieja związana z tym, że w projekcie ustawy o medycynie laboratoryjnej jest wymieniona nowa specjalizacja - medyczna genetyka molekularna. Specjalizacja ta będzie dla biotechnologów, biologów, dla tych osób, których studia już przygotowują do badań genetycznych metodą sekwencjonowania następnej generacji. Specjaliści medycznej genetyki molekularnej nie będą diagnostami, ale będą mogli samodzielnie robić badania genetyczne i wydawać wyniki, a to jest najważniejsze. Potrzebujemy również pielęgniarek genetycznych i doradców genetycznych. Przedstawiłam te potrzeby w Ministerstwie Zdrowia. To byłoby wsparcie nie tylko genetyka klinicznego. Doradcy genetyczni potrzebni są też w onkologii, pełniłoby m.in. funkcję koordynatora w opiece nad rodzinami wysokiego ryzyka genetycznego zachorowania na nowotwory dziedziczne. Kiedy już byłaby taka specjalizacja, wtedy musiałby być również kontrakt z NFZ na wizytę u pielęgniarki genetycznej lub doradcy genetycznego – byłyby to nowe świadczenia medyczne, bardzo potrzebne już obecnie, z perspektywą dużego wzrostu zapotrzebowania w niedalekiej przyszłości. Jak wspomniałam, wstępne rozmowy w

Ministerstwie Zdrowia już prowadziłam i jest otwartość. Trzecia sprawa, to umiejętność „onkogenetyka”, która byłaby dla lekarzy specjalności onkologicznych. Nie chodzi jednak o zastąpienie genetyka klinicznego w poradnictwie genetycznym dla rodzin wysokiego ryzyka genetycznego, ale o przygotowanie lekarza specjalności onkologicznych do pełnego korzystania z wyników nowoczesnych badań genetycznych i ich stosowania w terapii personalizowanej w onkologii. W konsyliach dotyczących pacjentów onkologicznych uczestniczy wielu specjalistów, w tym patomorfolog, specjalista laboratoryjnej genetyki medycznej, nierzadko również genetyk kliniczny, ale ostatecznie decyzję dotyczącą opieki medycznej podejmuje lekarz prowadzący – onkolog, który obecnie musi dysponować wiedzą genetyczną, jaka wcześniej nie była wymagana. Szkolenie do umiejętności „onkogenetyka” miałyby na celu przygotowanie do korzystania z badań genetycznych – takich, jakie są stosowane obecnie w terapii personalizowanej i jakie będą szybko się rozwijać. Onkogenetyka jako umiejętność jest już na liście umiejętności w projekcie rozporządzenia ministra zdrowia. Bardzo się również cieszę, że na 44. posiedzeniu Krajowej Rady do spraw Onkologii, 29 czerwca 2022 r. dzięki życzliwości Prof. Adama Maciejczyka i wszystkich PT Członków Krajowej Rady do spraw Onkologii uchwalono, że jest konieczność pilnych działań na rzecz zabezpieczenia wysokiej jakości diagnostyki genetycznej w onkologii. Dotyczy to przyjęcia ustawy o testach genetycznych i stworzenia warunków do rozwoju kadr medycznych. Wiele tych frontów działań zostało już otwartych. Ogromnie proszę też Medyczną Rację Stanu o dalsze wsparcie sprawy rozwoju diagnostyki genetycznej w Polsce. Chodzi zwłaszcza o dwie kwestie. Ustawa o medycynie laboratoryjnej będzie w najbliższym czasie dyskutowana na Sejmowej Komisji Zdrowia. W ustawie tej jest bardzo ważny zapis o nowej specjalizacji „medyczna genetyka molekularna” i dostępie biotechnologów i biologów do tej nowej specjalizacji. Jest bardzo ważne przekonanie do tych zapisów ustawy postów wszystkich opcji, ponad podziałami politycznymi, na to ogromnie liczę. Proszę również o poparcie ustawy o testach genetycznych. Obie ustawy znacząco przyczynią się do zabezpieczenia wysokiej jakości badań genetycznych w naszym kraju.

Dr Jacek Doniec, Kierownik Centrum Chirurgii Robotycznej WIM, Centralny Szpital Kliniczny MON

Chirurgia robotyczna znajduje coraz szersze zastosowanie w różnych dziedzinach medycyny. Centrum Chirurgii Robotycznej Wojskowego Instytutu Medycznego jest wyjątkowym ośrodkiem w skali kraju, skupiającym największą liczbę zespołów wyszkolonych do pracy z robotem chirurgicznym w Polsce. Obecnie w WIM mamy sześć różnych specjalności, w zakresie których w pełni wykorzystujemy możliwości chirurgii robotycznej. Przeprowadzamy operacje prostaty, ponadto wykonujemy zabiegi na jelicie grubym i żołądku, operacje kardiochirurgiczne, torakochirurgiczne, ginekologiczne oraz laryngologiczne. Planujemy jeszcze w tym roku wprowadzić dodatkowe dwie specjalności. Ponadto, jesteśmy w trakcie postępowania przetargowego na zakup kolejnego robota operacyjnego. W WIM zawsze stawiamy na jakość wykonywanych usług i zaspokajanie potrzeb zdrowotnych pacjenta. Robotycznie wykonujemy głównie zabiegi interdyscyplinarne lub u pacjentów chirurgicznie trudnych. Do takich operacji robot chirurgiczny jest szczególnie przeznaczony. W ginekologii w leczeniu operacyjnym raka trzonu macicy często są to pacjentki z otyłością olbrzymią, dodatkowo z nadciśnieniem i cukrzycą. Dokonaliśmy porównania operacji drogą laparoskopową, czyli taką, która stanowi dzisiaj złoty standard leczenia operacyjnego raka endometrium z operacjami



robotycznym i klasycznymi. Na dużej grupie badanych kobiet wykazaliśmy, że największe różnice dotyczą czasu hospitalizacji pozabiegowej. Średnio pacjentka po klasycznej operacji, czyli po rozcięciu brzucha przebywała w szpitalu ponad 5 dni, po laparoskopii średnio ok 2,5 dnia. Natomiast w grupie po operacji robotycznej pacjentki hospitalizowane były średnio poniżej 2 dni. Dlaczego czas hospitalizacji pozabiegowej jest taki ważny? – czas ten bezpośrednio świadczy o inwazyjności zabiegu. Uzyskane wyniki w sposób niepodważalny pokazują korzyści z zastosowania chirurgii robotycznej. Koszty nowotworowe, czyli całość wydatków poniesionych od chwili rozpoznania nowotworu do chwili powrotu do zdrowia i zakończenia obserwacji po leczeniu składają się nie tylko z kosztów samej terapii, ale także z ponoszonych wydatków pośrednich, w tym trudnych do oszacowania obciążeń społecznych związanych z powrotem pacjenta do pełnej sprawności. Obciążenia te niejednokrotnie przewyższają koszty samego zabiegu. Powszechnie wiadomo, i nie dotyczy to tylko chirurgii robotycznej, że wszystkie nowe technologie na początku wydają się drogie w implementacji, lecz właśnie dzięki zastosowaniu tych technologii zmniejszają się w pierwszej kolejności obciążenia społeczne pacjenta poprzez jego szybszy powrót do zdrowia. Przykładem są właśnie operacje robotyczne u patologicznie otyłych pacjentek. Roboty chirurgiczne są do takich zabiegów wręcz dedykowane. Po tych operacjach jak wcześniej zaznaczyłem pacjentki zwykle opuszczają szpital już w następnej dobie po zabiegu. Operacje laparoskopowe są trudne do przeprowadzenia w tej grupie kobiet ze względu na brak ergonomii dla operatora i nie zawsze są możliwe do przeprowadzenia. Operacje klasyczne wiążą się natomiast z długim gojeniem się ran pooperacyjnych. Niestety największą barierą upowszechnienia chirurgii robotycznej pozostaje oszacowanie kosztów związanych z operacjami robotycznym i z tym związane ewentualne finansowanie tych zabiegów. Jest to temat szeroko dyskutowany, gdyż ta wycena jest trudna do jednoznacznej analizy. Obecnie funkcjonują na rynku trzy systemy robotyczne. Przynajmniej w założeniu, każdy z tych systemów ma inną wartość zakupu robota, jak i koszt wykonanej na nim operacji. Musimy uzmysłwić sobie, że chirurgia robotyczna nie jest rewolucją. To naturalna i nieunikniona ewolucja technik endoskopowych. Za kilka lat na każdym bloku chirurgicznym będzie robot chirurgiczny. Nie możemy zapominać, że robot jest tylko doskonałym narzędziem w rękach chirurga. Moim zdaniem finansowanie przez NFZ procedur robotycznych powinno iść w kierunku całościowego pokrycia kosztów leczenia pacjenta, szczególnie onkologicznego, a nie tylko samej procedury. To finansowanie zwłaszcza powinno dotyczyć Centrów Kompetencji i Centrów Doskonałości, które są planowane w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Wyeliminuje to zjawisko wykonania samej operacji w ośrodkach niemających możliwości ewentualnej kontynuacji leczenia oraz dalszej obserwacji pacjenta.

Daniel Rutkowski, zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia

W imieniu Pana Prezesa Filipa Nowaka chciałbym przedstawić perspektywę płatnika w zakresie onkologii i pacjentów onkologicznych. Zacznę od pandemii COVID-19, w czasie której decyzją Ministra Zdrowia, łóżka oddziałów onkologicznych nie były przeznaczane na leczenie pacjentów chorych na COVID-19, tak żeby zachować ciągłość leczenia onkologicznego. Dodatkowo były podejmowane działania Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, żeby wspierać działania związane z ciągłością opieki zdrowotnej. Przy oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia powstały zespoły koordynacyjne, które miały



współdziałać z konsultantami wojewódzkimi, w dziedzinach związanych z leczeniem onkologicznym. Te działania wspierały zachowanie ciągłości leczenia onkologicznego. Dodatkowo w czasie pandemii z funduszu COVID-19 finansowaliśmy obszar onkologii, dzięki temu udało się zachować podobny poziom realizacji świadczeń. W momencie, kiedy myśleliśmy już, że zajmiemy się tylko i wyłącznie długiem zdrowotnym po pandemii COVID-19, zaczęły się działania zbrojne na terenie Ukrainy. Jeżeli chodzi o ten aspekt, to została uchwalona specustawa, która wprowadziła podobne rozwiązania, jak w przypadku leczenia COVID-19, czyli świadczenia związane z leczeniem pacjentów z Ukrainy są finansowane z dotacji budżetowej. Są to środki, które nie pochodzą bezpośrednio z budżetu NFZ, tylko są refinansowane przez budżet państwa. Świadczenia są finansowane na takich samych zasadach, jak dla pacjentów ubezpieczonych z Polski. Nie zawieramy odrębnych umów, tylko finansujemy je w ramach umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Narodowy Fundusz Zdrowia we współpracy z Polskim Towarzystwem Onkologicznym uruchomił infolinię dla uchodźców-pacjentów onkologicznych z Ukrainy, którzy musieli przerwać w wyniku działań zbrojnych swoją terapię na terenie Ukrainy. Infolinia wspiera, aby jak najszybciej na terenie Polski w ośrodkach onkologicznych taka terapia mogła być wznowiona. Jeśli chodzi o najbliższą perspektywę w kontekście onkologii, to należy pamiętać, że w ostatnim czasie zostało wprowadzone do koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanie zabiegów prostatektomii z zastosowaniem systemu robotowego. Według danych za 2. kwartał 2022 r., ok. 30 ośrodków klinicznych sprawozdało realizację 300 zabiegów prostatektomii robotowej. W najbliższym czasie chcemy realizować w obszarze onkologii dalsze działania związane z płaceniem powiązanim z jakością. Oczywiście tutaj sprzyjać temu miałyby Krajowa Sieć Onkologiczna i Krajowa Sieć Hematologiczna, które mają powiązać też płatności ze świadczeniem, jakością i jej monitorowaniem. Celem na przyszłość jest też rozwój opieki kompleksowej. Mamy obecnie wdrożone w obszarze onkologii finansowanie kompleksowej opieki nad pacjentkami z nowotworem piersi oraz nad pacjentami z nowotworem jelita grubego - tutaj liczba ośrodków, które realizują te świadczenia wzrosła. Finansowanie kompleksowych modeli opieki zostało wzmocnione poprzez to, że o 5% wyżej finansujemy świadczenia w tych ośrodkach, które realizują opiekę kompleksową. Razem z Ministerstwem Zdrowia i Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji udało nam się wypracować taki mechanizm finansowania. Widzimy, że nakłady wzrosły, a poprzez wzrost liczby realizowanych świadczeń dług zdrowotny w onkologii uda nam się nadrobić. W czasie pandemii COVID-19 w obszarze onkologii liczba zabiegów czy też cykle chemioterapii, radioterapii były realizowane bez większych zakłóceń, natomiast dostęp do diagnostyki był ograniczony i jest to obszar, który wymaga obecnie intensywnego wsparcia z naszej strony we współpracy z ośrodkami klinicznymi. To, co wynika z naszych analiz, to jeżeli chodzi o diagnostykę onkologiczną liczba obecnie realizowanych świadczeń jest dużo większa, a także wzrasta liczba kart DILO związanych z szybką ścieżką onkologiczną.

*Joanna Parkitna, Dyrektor Wydziału Oceny
Technologii Medycznych w Agencji Oceny
Technologii Medycznych i Taryfikacji*

Statystyki są nieubłagane. W 2019 roku choroby nowotworowe były przyczyną co trzeciego zgonu w Polsce. To pokazuje skalę problemu, którego nie da się już wyjaśnić zbyt ubogim pakietem skutecznych terapii lekowych dostępnych dla pacjenta. Już od wielu lat co najmniej 30% rekomendacji wydawanych przez Prezesa



Agencji dotyczy terapii lekowych z obszaru onkologii. W każdej kolejnej liście refundacyjnej umieszczane są nowe leki onkologiczne i tym samym programy lekowe poszerzone zostają o kolejne terapie dostępne za darmo dla pacjentów zmagających się z chorobami okolicznymi. To jednak nie zmienia smutnych statystyk. Z rozmów jakie prowadziliśmy z ekspertami w związku z projektem weryfikacji warunków profilaktyki raka szyjki macicy wyłaniają się dwa problemy – niechęć do profilaktyki oraz zagubienie pacjenta w systemie.

Mimo licznych kampanii społecznych, szeroko dostępnej i niepodważalnej wiedzy dotyczącej skuteczności profilaktyki Polacy jedynie w niewielkim stopniu korzystają z dostępnych form wczesnej diagnostyki i profilaktyki. A gdy już trafią jako pacjenci do systemu opieki zdrowotnej są zagubieni, nierzadko pozbawieni opieki skoordynowanej, na własną rękę poszukują dostępnych i możliwych form terapii. Dla tego obecnie w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji skupiamy się na kilku obszarach działania. Oczywiście cały czas skrupulatnie i dokładnie dokonujemy ocen leków wnioskowanych w procesie refundacyjnym, które po decyzji Ministra mają szansę znaleźć się na liście leków refundowanych. Dodatkowo na zlecenie Ministra Zdrowia pracujemy nad oceną zmian w programach lekowych. W wielu obszarach są to duże zmiany i dotyczą połączenia w jeden kilku programów – co ułatwi orientację lekarza i pacjenta w zakresie dostępnych terapii, zmieni proces kwalifikacji do programu oraz proces diagnostyczny, jak również poszerzy pakiet dostępnych dla pacjenta terapii. Kolejne działanie tym razem z inicjatywy Prezesa AOTMiT to przygotowanie modelowych rozwiązań dla programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Obecnie w Agencji trwają intensywne prace nad przygotowaniem takich modelowych ppz dla obszaru profilaktyki raka szyjki macicy, raka jelita grubego, a pod koniec roku rozpoczniemy pracę nad programem dotyczącym nowotworów układu moczowego. Działania, które nie dotyczą bezpośrednio pacjenta choć pośrednio na pewno w istotny sposób przyczynią się do poprawy sytuacji związanych z leczeniem onkologicznym dotyczą prac taryfikacyjnych prowadzonych przez Agencję. Obecnie w AOTMiT trwają prace taryfikacyjne związane z onkologią ginekologiczną. Dodatkowo trwa praca nad wyceną i taryfikacją świadczeń onkologii dziecięcej w nowotworach kręgosłupa oraz nad ryczałtem w onkologicznych programach lekowych. Mam nadzieję, że na kolejnej wspólnej konferencji będę już mogła przedstawić Państwu konkretne efekty podjętych prac i wnioski z dotychczasowych doświadczeń.

*Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia
Psychicznego w Narodowym Instytucie Onkologii -
Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie*

Żyjemy w czasach wielu zagrożeń, co w naturalny sposób zwiększa ilość osób z problemami natury psychicznej, przy jednoczesnym problemie z dostępnością do psychologów i psychiatrów. Jeżeli do tego dojdzie choroba zagrażająca życiu, to problem zaczyna być bardzo poważny.

Choroba onkologiczna wymaga od osób chorych ogromnego wysiłku i zatrzymania naturalnego biegu ich życia, co nierzadko generuje silny lęk związany z teraźniejszością i przyszłością. Dlatego tak ważna jest w onkologii skoordynowana opieka psychologiczno-psychiatryczna, gdzie na każdym etapie choroby pacjent i jego bliscy mogą otrzymać odpowiednią pomoc w zakresie zdrowia psychicznego. Warto podkreślić, że wiele osób chorych onkologicznie mierzyło się z problemami natury psychicznej, m in. z depresją na długo przed diagnozą raka. Tym bardziej ich stan psychiczny może wymagać szczególnej opieki. W wielu szpitalach onkologicznych osoby chore mają dostęp do psychologa



w trakcie hospitalizacji, ale nie istnieją standardy opieki psychoonkologicznej. Na świecie rozwiązano ten problem wprowadzając do standardów szeroko rozumianej opieki dla pacjentów chorych przewlekle, w tym na choroby onkologiczne, prehabilitację, czyli skoordynowaną opiekę interdyscyplinarnych zespołów (lekarza, psychologa, dietetyka, rehabilitanta), która obejmuje okres od rozpoznania choroby, poprzez leczenie i zakończenie leczenia. Prehabilitacja obejmuje rozpoznanie i ocenę zasobów i deficytów osoby chorej w zakresie funkcjonowania fizycznego i psychicznego i dostosowuje interwencje do zasobów i deficytów danej osoby. I tak np. psycholog na podstawie wywiadu, ale również standaryzowanych narzędzi określa w zindywidualizowany sposób, które obszary funkcjonowania danego pacjenta stanowią jego silne strony, a które wymagają wzmocnienia. Pacjent od momentu diagnozy otrzymuje rzetelną wiedzę na temat choroby, dbania o dietę, radzenia sobie ze stresem i rehabilitację. Poczucie własnej skuteczności daje osobom chorym motywację do proaktywnego podejścia do choroby. Z wielu badań wynika, że ukierunkowane interwencje skoordynowanych zespołów mogą zmniejszyć nasilenie obecnych i przyszłych problemów osób chorych, które często prowadzą do zmniejszenia powikłań chirurgicznych, długości pobytu w szpitalu, ponownych hospitalizacji i ogólnych kosztów opieki zdrowotnej. W tym miejscu warto też dodać, że zgodnie z rekomendacjami Międzynarodowego Towarzystwa Psychoonkologicznego (IPOS) zatwierdzonymi przez UICC opieka psychospołeczna powinna być uznana za uniwersalne prawo człowieka, a stres należy mierzyć jako szósty objaw życiowy po temperaturze, ciśnieniu krwi, tętnie, częstości oddechów i bólu. Tym bardziej doceniam, że Ministerstwo Zdrowia robi zestawienie na temat ochrony zdrowia psychicznego w onkologii i mam nadzieję, że będzie to początek do szerokiej dyskusji i zmian dla dobra pacjenta oraz zachęty dla psychologów do podjęcia pracy w obszarze psychoonkologii.

Ksiądz Władysław Duda, Dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej

Jest wiele pilnych kwestii, które muszą być podjęte, żebyśmy mogli mówić o dobrze funkcjonującej opiece paliatywnej, hospicyjnej. Przypominam, że pacjenci, którzy trafiają pod opiekę hospicyjną przeżywają kilka dni. To jest nowa sytuacja. Kiedyś było tak, że pacjent był pod opieką kilka miesięcy, czyli zdecydowanie dłużej. Od trzydziestu kilku lat jestem ściśle związany ze środowiskiem medycyny paliatywnej i hospicyjnej. Sam od 26 lat prowadzę hospicjum domowe w Warszawie. I muszę powiedzieć, że nigdy nie było tak wielkiego poruszenia w środowisku medycyny paliatywnej, hospicyjnej, jakie jest w tej chwili. Ten rok stał się trudnym rokiem dla całego środowiska hospicyjnego i paliatywnego, ze względu na to, że od wielu lat jest to niedofinansowane środowisko. Odbywają się spotkania, dyskutujemy, wszyscy mówimy o tym, że rzeczywiście tak dalej już się nie da przetrwać. Mimo tego, że jakaś podwyżka była ostatnio ze strony NFZ, to cały czas hospicja są niedofinansowane. Mówi się o tym, że w tej chwili dla Ministerstwa Zdrowia opieka paliatywna jest priorytetem. W rzeczywistości z hospicjów uciekają znakomici lekarze, którzy wiele lat przepracowali w opiece paliatywnej. Ci lekarze mówią: „słuchaj, ja wszystko rozumiem, ja całe swoje życie bym oddał opiece paliatywnej, ale ja i moja rodzina musimy z czegoś żyć”. I naprawdę, ja w tej chwili stoję przed dramatyczną sytuacją, kiedy nie jestem w stanie podnieść pensji dwóm znakomitym lekarzom, którzy u mnie pracują przeszło 15 lat. Prezes Forum Hospicjów Polskich, dr Jolanta Stokłosa, informowała, że na sto trzydzieści kilka zrzeszonych w Forum hospicjów pozarządowych, na skraju bankructwa stoi aż 20%. Najgorsza sytuacja jest w małych



miasteczkach, wioskach, gdzie te hospicja naprawdę są bez szans utrzymania się. Jeszcze w większych miastach można próbować pozyskiwać fundusze, natomiast w tych małych miejscinkach jest to niemożliwe. Hospicja upadają, nie są w stanie funkcjonować dalej, więc to jest aktualne i ważne wyzwanie. W tej chwili odżyły dokumenty, które od lat istnieją i mają wspierać opiekę paliatywną. Jest powrót do rekomendacji WHO z 2003 roku, które zostały w Polsce odłożone na razie do szuflady, bo te standardy proponowane przez WHO są zupełnie nieosiągalne w realiach polskich. Ale w wyniku kontroli NIK, która odbyła się w 2018 roku w wielu hospicjach i wyknęła brak standardów opieki sprawa odżywa. Są umowy, które Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera z dyrektorami hospicjów, ale to nie są standardy. Najwyższa Izba Kontroli informowała, że wysoki odsetek pacjentów w Polsce niestety nie jest w stanie dotrzeć do opieki paliatywnej ze względu na sposób jej funkcjonowania. Pomijając już problem, że zbyt mało jednostek chorobowych objętych jest opieką paliatywną są sytuacje, które sprawiają, że w tej chwili ta opieka w Polsce wymaga szczególnej uwagi. Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej, prof. Wojciech Leppert w tej chwili proponuje nowe standardy, jednak przeciwko nim pojawia się sprzeciw środowiska, dlatego że obecnie to nie są standardy, lecz pewne wytyczne Narodowego Funduszu Zdrowia, które są przestrzegane przez wszystkie hospicja w Polsce. One w gruncie rzeczy spełniają rolę standardów, jednak należy nadać im taką funkcję i dokonać zmian. Apeluję również do AOTMiT o nowelizację taryfikacji świadczeń w hospicjach i opiece paliatywnej, bo poprzednia miała miejsce w 2013 roku.

Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”

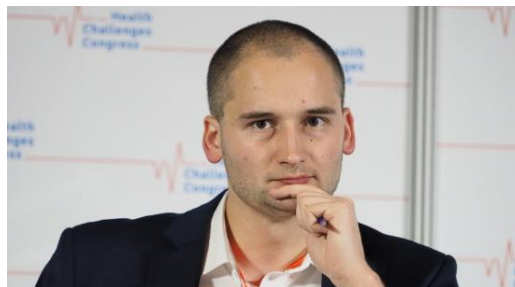


Chcę powiedzieć o działaniach podejmowanych przez Radę do spraw Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP. Będziemy na pewno zajmować się pacjentami z rakiem piersi, rakiem trzustki, badaniami przesiewowymi w kierunku HCV i szczepieniami przeciwko HPV. Nie sposób jednak, gdy mówimy o bezpieczeństwie onkologicznym w kontekście doświadczeń pandemii, sytuacji geopolitycznej, ale również patrząc na harmonogram i misję Narodowej Strategii Onkologicznej - nie zaznaczyć ważności profilaktyki onkologicznej. Niestety mam wątpliwości, czy samorzady będą wprowadzały te działania. Bardziej wierzę w edukację w szkole. Należy przygotować propozycje, jak technicznie miałyby to się odbywać i wysłać jeszcze raz apel do Ministra Edukacji i Nauki, oczywiście poparty przez Ministra Zdrowia i całe środowisko. Diagnostyka: molekularna, genetyczna, genomowa to jest to, co daje szansę, przy tak drogich i innowacyjnych lekach, stosować medycynę personalizowaną. Większość z nas jest świadoma, iż jakość informacji zawartej w naszym genie DNA ma wpływ na nasze życie, ale również decyduje o wielu poważnych chorobach. I ta wiedza naszego kodu genetycznego pozwala na dobranie indywidualnej metody leczenia, i dzięki temu na skuteczniejsze leczenie. Nadal monituję o dalszy rozwój breast unitów oraz innych ośrodków narządowych. We wczesnym raku piersi jest ważne, aby zminimalizować przerzuty, które w 30% w hormonozależnym, jak i w potrójnie ujemnym raku piersi są bardzo często występujące. Te dwa tematy uważam w raku piersi za najważniejsze. W onkologii i hematologii jest potrzeba definiowania i wzmacniania ośrodków referencyjnych. Pragnę również zacytować w tym miejscu wypowiedź Pani Poseł Barbary Dziuk, Przewodniczącej Stałej Podkomisji do spraw Onkologii w Sejmie RP na dzisiejszą Medyczną Rację Stanu: „Szanowni Państwo, pragnę zwrócić uwagę, że w ostatnim czasie, dzięki decyzjom Ministerstwa Zdrowia znacząco poprawiła się sytuacja chorych z rakiem płuca,

rakiem piersi i rakiem jelita grubego. Dlatego teraz warto pilnie przeanalizować sytuację znacznie mniejszej grupy chorych, chorych z rakiem trzustki, który jest kwalifikowany do nowotworów o niezaspokojonych potrzebach medycznych. Choć rak trzustki nie jest szeroko rozpowszechnionym nowotworem, bo w Polsce jest przyczyną około 3% wszystkich diagnoz onkologicznych, to pod względem przyczyn zgonów z powodu chorób nowotworowych rak trzustki zajmuje szóstą pozycję. Rak trzustki wciąż pozostaje w czołówce raków o najgorszym rokowaniu. Zazwyczaj rak trzustki daje objawy dopiero w momencie, kiedy choroba jest już bardzo zaawansowana. Dlatego też tylko u około 20% przypadków rak trzustki jest operacyjny w momencie powstania diagnozy, a u pozostałych 80% chorych występują już przerzuty. Dla tych chorych potrzebujemy leków w kolejnych dniach leczenia, które będą dostępne w Polsce, i dzięki którym pacjenci liczą na skuteczniejsze leczenie tej trudnej choroby”. W podobnej sytuacji jest rak pęcherza. Tam dla chorych z przerzutową chorobą nie ma refundowanej terapii. Także w programie raka prostaty, podwyższone PSA u pacjenta wyklucza go z programu, a na świecie nadal stosuje się leczenie i funkcjonuje takie wykluczenie. Myślę, że w hematologii na nowe refundacje oczekują przewlekła białaczka limfocytowa i szpiczak plazmocytowy.

Jakub Adamski, Dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta podejmuje szereg inicjatyw, które mają usprawnić ścieżkę diagnostyki i leczenia pacjenta onkologicznego w Polsce.



Najpowszechniej podejmowane są działania bezpośrednio ukierunkowane na pomoc pacjentowi – czy to w postaci porady i wsparcia w uzyskaniu pomocy, czy w reakcji na skargę. Jest to podstawowy obszar działań Rzecznika. Niewątpliwie epidemia COVID-19 miała bardzo duży wpływ na dostęp do diagnostyki i leczenia w onkologii. Udział zgłoszeń pacjentów onkologicznych we wszystkich zgłoszeniach do Rzecznika w latach 2020-2021 wzrósł blisko trzykrotnie. Sprawy zgłaszane przez pacjentów onkologicznych nie odbiegały od tego, na co wskazywali pacjenci z innymi schorzeniami. W latach 2020-2021 ograniczony dostęp do świadczeń stał się najczęstszym przedmiotem zgłoszeń (wyprzedzając kwestie jakości udzielanych świadczeń). W bieżącym roku liczba zgłoszeń spadła w stosunku do analogicznego okresu poprzedniego roku o 30%. Mimo spadku liczby zgłoszeń, problemy z dostępnością świadczeń nadal stanowią najczęstszy przedmiot sygnałów.

Szczególnie pochwalić warto organizacje pacjentów działające w tym obszarze. Środowiska pacjentów onkologicznych są bardzo aktywne, dobrze zorganizowane i efektywnie współpracują z administracją publiczną. Aktywnie wskazują nieprawidłowości, zagadnienia, które Rzecznik może podjąć. Te działania podejmujemy wspólnie w ramach Rady Organizacji Pacjentów działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta. W ramach spotkań z organizacjami prowadzimy różnego rodzaju dyskusje, analizujemy problemy środowiska pacjentów onkologicznych. Staramy się ich angażować w różne działania, dla poprawy sytuacji w systemie ochrony zdrowia. Rzecznik, z jednej strony stara się poznać preferencje pacjentów z drugiej aktywnie współpracuje z pacjentami dla wzmocnienia wyboru kierunków działania Rzecznika. Podejmujemy kwestie np. jakości opieki, w szczególności wprowadzania nowych technologii, dostępności do nich, czy dbania o standardy opieki nad pacjentami. Te wszystkie inicjatywy

pozwalają Rzecznikowi aktywnie występować do Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, czy współpracować z podmiotami leczniczymi, aby poprawić sytuację pacjentów również w zakresie przestrzegania ich praw.

Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego, współprzewodniczący Komisji Ekspertów do Spraw Zdrowia, współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich



Tradycyjnie uprzejmie dziękuję za zaproszenie na kolejną debatę Medycznej Racji Stanu, możliwość wysłuchania bardzo interesujących wystąpień oraz przedstawienie przykładów działań Rzecznika w przedmiotowym obszarze. Na potrzeby mojej wypowiedzi proponuję użycie sformułowania „współpraca Rzecznika Praw Obywatelskich z pacjentami onkologicznymi i ich organizacjami”. Dlatego, że w mojej ocenie takie sformułowanie bardziej oddaje istotę tych działań. Moje wystąpienie ograniczone wąskimi ramami czasowymi postaram się przedstawić w czterech zasadniczych punktach. Po pierwsze, będzie to krótkie wskazanie podstawy prawnej działania Rzecznika, jeżeli chodzi o współpracę z organizacjami pacjentów, z pacjentami. Druga kwestia, to wskazanie, w jakich formach ta współpraca Rzecznika z pacjentami się odbywa. Trzecie, to podkreślenie istotności tej współpracy. I na sam koniec pozwolę sobie wskazać dwa przykłady, które w mojej ocenie w dobry sposób obrazują, jak ta współpraca w praktyce się odbywa. Zatem jeżeli chodzi o punkt pierwszy, to podstawy do współdziałania z pacjentami, z organizacjami pacjenczkimi wynikają z artykułu 17a Ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich, gdzie wprost jest mowa o tym, że Rzecznik Praw Obywatelskich współdziała ze stowarzyszeniami, ruchami obywatelskimi i innymi dobrowolnymi zrzeszeniami i fundacjami na rzecz ochrony wolności, praw człowieka, obywatela. A jak wiemy, prawo do ochrony zdrowia jest jednym z podstawowych praw człowieka. W obszarze tym współpraca przebiega w sposób intensywny. Warto wskazać jeszcze inny przepis, artykuł 9 punkt 1 przedmiotowej ustawy, który wprost mówi, że podjęcie czynności przez Rzecznika następuje na wniosek obywateli lub ich organizacji. Więc tak, jak w tym pierwszym przypadku, również tutaj mamy do czynienia z tym elementem obywatelskim, który jest de facto istotą działania Rzecznika Praw Obywatelskich. Jakie są formy współpracy Rzecznika z pacjentami i ich organizacjami? Przykładowy katalog, który ma bardziej na celu zobrazowanie skali tego działania. Przede wszystkim jest to bieżąca analiza skarg wpływających do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich i podejmowanie interwencji na rzecz pacjentów bądź grupy pacjentów. To oczywiście spotkania z organizacjami zrzeszającymi pacjentów, udział przedstawicieli organizacji pacjenczkich w posiedzeniach komisji ekspertów do spraw zdrowia bądź w charakterze stałych członków, bądź jako osoby zaproszone na potrzeby konkretnego posiedzenia, gdzie omawiana jest określona problematyka. To również, jeżeli chodzi o formy współpracy, spotkania samego Rzecznika Praw Obywatelskich czy zastępców Rzecznika Praw Obywatelskich w trakcie licznych wyjazdów. To także udział w konferencjach i rozmowy kularowe, w czasie których można się dowiedzieć wielu interesujących z punktu widzenia pacjentów i przyszłych działań rzecznika kwestii. Jeżeli chodzi o formy, to również podejmowanie spraw do zbadania, także w przypadku otrzymania listu otwartego, czyli de facto skierowanego do wiadomości Rzecznika Praw Obywatelskich. Bardzo często i w tych sprawach są podejmowane działania. I jako ostatnia, przykładowa forma współpracy,

to zwracanie się do pacjentów, a właściwie do ich organizacji, bo jednak organizacje zrzeszają i mają większą siłę przebicia w celu uzyskania stanowiska, w związku ze sprawami badanymi przez Rzecznika. To jest też taka bardzo pro-obywatelska i angażująca czynnik społeczny forma działania rzecznika, kiedy to właściwie z pierwszej ręki możemy dowiedzieć się o kwestiach, które nurtują dane środowisko. Co do istotności tej współpracy, to podkreślenia wymaga, że w ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich głos pacjentów, ich bliskich, jak również organizacji pacjenckich jest bardzo istotny. Wręcz należałoby powiedzieć, że jest niezbędny w wykonywaniu mandatu przez Rzecznika w zakresie ochrony zdrowia, w tym oczywiście, jeżeli chodzi o osoby chore onkologicznie. Współpraca z organizacjami pozwala Rzecznikowi na lepsze poznanie istoty problemów, z którymi borykają się pacjenci i ich bliscy. Pozwala również na skonfrontowanie obowiązujących regulacji prawnych rzeczywistymi potrzebami, czy też wreszcie, pozwala zdiagnozować obszary wymagające stosownego uregulowania. I na sam koniec pozwolę sobie przywołać dwa krótkie przykłady, które w sposób, w mojej ocenie najbardziej obrazowy pokazują tę współpracę. Pierwsza kwestia, pierwszy ważny temat, to opieka hospicyjna i paliatywna. W połowie maja bieżącego roku odbyła się konferencja, w której brali udział również przedstawiciele organizacji pacjenckich, bliscy osób, które poddane są opiece hospicyjnej, paliatywnej. W wyniku tych głosów, które padły w trakcie bardzo interesującej dyskusji, powstała mapa problemów, które są istotne z punktu widzenia pacjentów i ich bliskich. To spowodowało, że zostały skierowane wystąpienia do Ministra Zdrowia, do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, jak również do Minister Rodziny i Polityki Społecznej. Odpowiedzi przyszły, nie są one dla nas do końca satysfakcjonujące, ale to nie koniec działań, ponieważ już we wrześniu problem opieki hospicyjnej i paliatywnej będzie przedmiotem posiedzenia kolejnej komisji ekspertów do spraw zdrowia. To na pewno zaowocuje też kolejnymi działaniami Rzecznika. Istotą tego posiedzenia będzie zbyt niska i nieprzystająca do obecnych realiów wycena świadczeń udzielanych w ramach opieki hospicyjnej, paliatywnej, jak również szereg innych problemów. I druga kwestia, to niezmiernie choroby rzadkie. Problematyka ta była przedmiotem posiedzenia poprzedniej komisji ekspertów do spraw zdrowia. I tutaj ukłony dla Pani profesor Anny Latos-Bieleńskiej, która uczestniczyła w tym posiedzeniu, jako ekspert i przedstawiła bardzo inspirującą i ciekawą prezentację. I właśnie między innymi ta prezentacja, jak również głosy szeregu gości, w tym organizacji pacjenckich zaproszonych spowodowały, że Rzecznik Praw Obywatelskich skierował do Ministra Zdrowia rekomendacje w zakresie chorób rzadkich. Oczekujemy na odpowiedź.

***Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dziekan Centrum
Kształcenia Podyplomowego, Dyrektor Instytutu
Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego***

W kontekście optymalizacji opieki onkologicznej należy zdecydować, jak alokować środki publiczne, aby zagwarantować skuteczne zwiększanie wartości zdrowotnej. Wartości, rozumianej jako poprawa wyników leczenia pacjentów, a także doświadczeń korzystania z systemu w kontekście kosztów, które ponosimy na opiekę nad chorym w całym cyklu leczenia. Uczelnia Łazarskiego od wielu lat uczestniczy w dyskusji o ekonomicznej stronie medycyny. Wydaje się, że jeśli mówimy o najważniejszym kapitale, jakim jest kapitał zdrowia, warto podkreślać znaczenie racjonalności decyzji refundacyjnych, ale też efektywności alokacji zasobów, które są ograniczone. W procesie gospodarowania zasobami finansowymi, ludzkimi, organizacyjnymi musimy wykazywać się dużą



mądrością i wrażliwością społeczną. Dążąc do zabezpieczenia najwyższej wartości społecznej i gospodarczej w postaci zdrowia te decyzje powinny umożliwiać dostarczanie ubezpieczonym opieki zgodnej z aktualną wiedzą medyczną, bezpiecznej, dostępnej we właściwym czasie, adekwatnej do potrzeb pacjentów. W koncepcji ochrony zdrowia nakierowanej na wartość bardzo ważnym aspektem jest pojęcie równości, która w myśl systemu zrównoważonego, działającego w warunkach ograniczeń oznacza, dążenie do zaspakajania w pierwszej kolejności potrzeb tych pacjentów, dla których dotychczas nie było wielu opcji terapeutycznych. Rak trzustki jest dobrym przykładem choroby, która zwykle rozwija się w ukryciu, jest trudna do zdiagnozowania we wczesnej fazie, a możliwości jej leczenia są bardzo ograniczone. W takim przypadku regulator musi się wykazać dużą wrażliwością w podejmowaniu decyzji o dostarczaniu nowych technologii diagnostycznych i terapeutycznych. Niestety w tym konkretnym przypadku nie mamy narzędzi skutecznej profilaktyki, tak jak np. w raku jelita grubego. Tutaj spektrum narzędzi zespołu terapeutycznego jest mocno okrojone, dlatego niezbędne jest aby sięgnąć po te, które zwiększają szansę, aby skuteczniej mierzyć się z tym problemem zdrowotnym i dać szansę pacjentom na dłuższe i lepsze jakościowo życie. Pomimo znaczącego wzrostu nakładów na opiekę zdrowotną wciąż musimy wykazywać się troską o jak najefektywniejsze ich wykorzystanie. Pacjenci onkologiczni w Polsce mogą dzisiaj liczyć, nie tylko na fundusze będące w bezpośredniej dyspozycji Prezesa NFZ, lecz także te pochodzące z Funduszu Medycznego. W każdym z tych przypadków musimy jednak zabiegać o uzyskanie najwyższej wartości dodanej. Jej determinantą jest także czas, zarówno diagnozy, jak i rozpoczęcia leczenia, a także dostarczenia właściwej terapii. Każda zwłoka przeliczana jest na szansę na zdrowie i życie, którego wydłużenie jest celem podstawowym opisanym w dokumentach strategicznych w szczególności *Zdrowej Przyszłości. Ramach strategicznych dla rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.*

Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia

Onkologia jest soczewką wszystkich wyzwań w polskim ochronie zdrowia. Tylko tu jeszcze nakładają się dwie rzeczy, które są dodatkowym akceleratorem lub paralizatorem zmian, czyli czas, który działa na niekorzystnie rokowniczo w przypadku opóźnień w diagnozie i leczeniu oraz ryzyko śmierci w przypadku opóźnionej diagnozy i włączenia leczenia. W onkologii, jak w soczewce fokusuje się szybki dostęp/lub jego brak do diagnostyki oraz do skutecznych terapii, zarówno lekowych, jak i nielekowych. W onkologii kluczowa jest współpraca wielu specjalistów: onkologów, radiologów, chirurgów, diagnostów laboratoryjnych, patomorfologów, genetyków klinicznych, psychologów oraz lekarzy medycyny paliatywnej. W onkologii jest potrzebny pomiar efektywności oraz jakości. Jest to przede wszystkim pięcioletnie przeżycie - niestety w Polsce pięcioletnie przeżycia mamy o kilka i kilkanaście punktów procentowych gorsze od krajów Unii Europejskiej. Drugi, mierzalny wskaźnik, to nadmiarowe zgony. Niestety obserwujemy w Polsce rok do roku wzrost liczby zgonów z powodu nowotworów. Wg raportu Krajowego Rejestru Nowotworów w 2019 roku odnotowano 170 tysięcy nowych przypadków i 100 tysięcy zgonów z powodu nowotworów. Ale jak byśmy liczyli 30% zgonów z powodu chorób nowotworowych w Polsce, a wiemy, że w 2021 r. było 500 tysięcy zgonów, i jakbyśmy nawet odjęli te nadmiarowe zgony z powodu Covid-19, to już nie umiera z powodu nowotworów 100 tysięcy Polaków rocznie, ale ich będzie umierało 120-130, a może nawet 150 tysięcy. Dla porównania wyliczyłem, że w latach 2020-2021 kumulatywnie zmarło ok. 250 tys. osób z powodu nowotworów, gdy w tym samym czasie na COVID-19 zmarło ok. 105 tys. osób. Europejska i OECD informuje o zgonach, których możemy uniknąć w zakresie chorób



nowotworowych poprzez prewencję i poprzez działania lecznicze. W strategii Unii Europejskiej dla onkologii podkreślono kluczowe znaczenie profilaktyki, wczesnej diagnozy, leczenia - w aspekcie dostępu do wszystkich technologii medycznych o udowodnionej skuteczności (chirurgii, radioterapii, farmakoterapii) oraz opieki. Wg publikacji w Lancet z 2019 r. palenie, spożywanie alkoholu i wysoki wskaźnik masy ciała (BMI) są odpowiedzialne za 44,4% wszystkich zgonów na raka na całym świecie. Głównymi czynnikami ryzyka przyczyniającymi się do globalnego obciążenia nowotworami w 2019 r. były czynniki behawioralne, podczas gdy czynniki ryzyka metabolicznego odnotowały największy wzrost w latach 2010–2019. Zmniejszenie narażenia na te modyfikowalne czynniki ryzyka zmniejszyłoby śmiertelność i wskaźniki DALY na całym świecie, a polityka powinna być dostosowana odpowiednio do lokalnych obciążenie czynnikami ryzyka raka.¹⁵ Dlatego tak ważna jest inwestycja w profilaktykę pierwotną i wtórną.

Tak, jak zawsze przypominamy na spotkaniach Medycznej Racji Stanu opieka zdrowotna oparta jest na dwóch filarach - optymalizacji modelu opieki i dostępie do technologii medycznych, zarówno lekowych, jak i nielekowych. Polska według danych OECD za 2019 r. przeznaczala na ochronę zdrowia na głowę obywatela rocznie 1 511 euro PPP (parytetu siły nabywczej). Średnia dla Unii Europejskiej wynosiła 2 600 euro PPP, czyli ponad 1 tys. euro PPP więcej na głowę obywatela, w porównaniu do Polski. Czechy przeznaczaly na ochronę zdrowia 2 300 euro PPP, czyli o 800 euro PPP na głowę obywatela więcej, niż Polska. Wiemy, że Czesi w każdym rankingu systemów ochrony zdrowia lub rankingu jakości opieki w poszczególnych jednostkach chorobowych wyprzedzają Polskę. Wg raportu Instytutu Ekonomii Zdrowia ze Sztokholmu (IHE) z 2019 roku Polska przeznaczala rocznie na leczenie nowotworów ok. 100 euro PPP na głowę mieszkańca, gdy Czesi przeznaczali 150 euro PPP, a średnia dla krajów europejskich wynosiła 200 euro PPP. To pokazuje niedofinansowanie onkologii i onkohematologii w Polsce. Większość przedmówców postulowało, aby na onkologię i na onkohematologię zostało przeznaczonych więcej środków. W 2015 roku na onkologię wydano 7 miliardów złotych, a w 2022 ma być wydane 12 miliardów. Jak popatrzymy na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 roku, 68 miliardów złotych, to na onkologię wydawano 10%. W 2022 budżet Narodowego Funduszu Zdrowia w tej chwili jest już na poziomie 128 miliardów, i deklaracja Ministerstwa jest, że to będzie około 12 miliardów na onkologię, na nowotwory, czyli 10%. Jest pytanie, czy my wydajemy wystarczająco na onkologię, na nowotwory w Polsce, czy nie? Według mnie, wydajemy ciągle za mało. Biorąc pod uwagę raport IHE i wydatki na onkologię w Czechach można by było powiedzieć, że powinniśmy wydawać co najmniej 50% więcej na onkologię, czyli zamiast 12 miliardów, 18 miliardów zł rocznie (ale wg danych za 2019 r. – bez uwzględnienia inflacji w ostatnich trzech latach). Optymistycznym faktem jest stały wzrost finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Wg Polskiego Ładu w 2023 r. na ochronę zdrowia ma być przeznaczonych 160 miliardów złotych, czy środki publiczne na onkologię są. Biorąc pod uwagę potrzeby zdrowotne coraz liczniejszej populacji chorych, zbyt krótkie osiągnięte przeżycia pięcioletnie w przypadku większości nowotworów oraz liczbę nadmiernych zgonów generowanych przez choroby nowotworowe finansowanie onkologii i onkohematologii musi zostać w Polsce zwiększone. Wzrost finansowania publicznego jest szczególnie ważne z perspektywy pacjenta, który i tak ponosi w związku z chorobą koszty z własnego prywatnego budżetu. W kontekście nadrobienia zaległości w onkologii i onkohematologii w Polsce należy docenić kompleksowe decyzje Ministerstwa Zdrowia w zakresie refundacji nowych leków i nowych wskazań

¹⁵ The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010–19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(22\)01438-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(22)01438-6.pdf)

leków przeciwnowotworowych. Przypomnę, w 2021 r. Minister Zdrowia zrefundował 68 nowych cząsteczko-wskazań wprowadzonych do refundacji, z czego 32 cząsteczko-wskazania w onkologii i onkohematologii, to robi wrażenie, bo to jest prawie 50% wszystkich refundacji. Natomiast do września 2022 r., jest już 84 zrefundowanych nowych cząsteczko-wskazań, z czego 29 nowe cząsteczko-wskazania w onkologii i onkohematologii. Konkludując, polska onkologia i onkohematologia odpowiednio finansowanie, ewolucyjnie optymalizowane w zakresie rozwoju kadr i organizacji opieki oraz uzupełniane o nowe technologie medyczne będą w stanie sprawować skuteczną i wysokiej jakości opiekę nad rosnącą populacją chorych nowotworowych.

4. Wnioski i rekomendacje

Wnioski	Rekomendacje
<p>Na choroby nowotworowe każdego roku zapada ponad 160 tysięcy Polaków, a ok. 110 tysięcy umiera z ich powodu. Polska ma jeden z najwyższych wskaźników zapadalności na nowotwory w Europie i choć wskaźnik śmiertelności oscyluje wokół średniej europejskiej, to wskaźnik przeżywalności jest niższy od średniej dla UE. Na docenienie zasługuje fakt wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej, Krajowej Sieci Onkologicznej, Funduszu Medycznego oraz Planu dla Chorób Rzadkich w zakresie optymalizacji opieki onkologicznej w Polsce.</p>	<p>Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany adekwatny i priorytetowy dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej.</p>
<p>Zgodnie z raportem OECD Health at the Glance Europe 2020, wydatki na zdrowie per capita w 2019 r. wyniosły w Polsce 1 511 euro PPP, a średnia europejska to 2 572 euro PPP. Wg raportu IHE z 2019 Polska przeznaczą na leczenie raka 100 euro PPP na głowę statystycznego mieszkańca rocznie, Czesi – 150 euro PPP, a średnia europejska wynosi 200 euro PPP. Na docenienie zasługuje fakt przeznaczania większych środków na opiekę onkologiczną w Polsce. Wg danych Ministerstwa Zdrowia w 2015 roku na onkologię wydawano ok. 7,8 mld zł, w 2021 roku ok. 12 mld zł. Ministerstwo Zdrowia szacuje, że w 2022 r. łączne wydatki na onkologię, wliczając m.in. środki z Funduszu Medycznego, powinny przekroczyć 13 mld zł.</p>	<p>Rekomendowany jest ciągły wzrost finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce – w tym przede wszystkim diagnostyki i terapii nowotworów litych i nowotworów krwi.</p>
<p>W Polsce odnotowuje się niski poziom uczestnictwa w programach badań przesiewowych, które obecnie obejmują raka piersi (54% populacji docelowej w 2019 r.), raka szyjki macicy (17%) i raka jelita grubego (18%).</p>	<p>Rekomendowane jest wdrożenie kampanii społecznych zwiększających partycypację Polaków w badaniach przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia nowotworu.</p>
<p>Coraz większą rolę w personalizacji leczenia nowotworów odgrywają badania diagnostyczne.</p>	<p>Rekomenduje się refundację publiczną wszystkich badań w zakresie diagnostyki molekularnej nowotworów.</p>
<p>Mutacje w genach BRCA 1/2 mogą być przyczyną wystąpienia raka jajnika, raka piersi, raka trzustki i raka prostaty.</p>	<p>Rekomendowane jest stworzenie wytycznych dotyczących diagnostyki w kierunku mutacji w genach BRCA,</p>

	które skupią się na wszystkich nowotworach BRCA-zależnych i wprowadzenie ich do codziennej praktyki.
W przypadku rodzin chorych, w dalszym ciągu problemem jest niepewność w związku z funkcjonowaniem „Programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe”, w ramach którego rodziny osób BRCA+ były pod opieką profilaktyczną. Zgodnie z zapowiedziami Ministerstwa Zdrowia program w nowym kształcie ma zacząć funkcjonować od września 2022.	Konieczne jest niezwłoczne uruchomienie procedur związanych z wprowadzeniem programu w życie.
Pandemia COVID-19 prowadzi do utrudnionego dostępu chorych z nowotworem do diagnostyki i terapii nowotworu. Sytuacja epidemiologiczna nie powinna być przesłanką do zahamowania diagnostyki i procesu leczenia nowotworów.	Każda placówka medyczna realizująca opiekę terapii nowotworów powinna mieć procedury i odpowiednie zasoby, aby prowadzić bezpieczną opiekę medyczną. Najwyższym priorytetem jest dostęp i kontynuacja wielospecjalistycznego leczenia chorych na raka.
Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej ruszył w lutym 2019 r. w województwach dolnośląskim i świętokrzyskim, potem dołączono województwo podlaskie i pomorskie. Pilotaż dotyczy nowego modelu organizacji opieki onkologicznej w pięciu typach nowotworów - piersi, płuca, jelita grubego, jajnika i gruczołu krokowego. Obejmuje pacjentów, którzy mają zapewnioną skoordynowaną i kompleksową opiekę w ośrodku koordynującym i placówkach z nim współpracującymi.	Rekomendowane jest wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej na terenie całego kraju, celem zmniejszenia nierówności w dostępie do leczenia nowotworów i poprawy jego wyników.
Wg strategii EU pt. Europejski Plan Walki z Rakiem w opiece onkologicznej kluczowa jest edukacja, profilaktyka, badania przesiewowe, wczesna diagnostyka oraz dostęp do skutecznej terapii – radykalnej, farmakologicznej, czy radiologicznej oraz jakość życia i bezpieczeństwo pacjenta.	Rekomendowane jest monitorowanie wskaźników oceniających opiekę onkologiczną w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej – w tym przede wszystkim rejestry oraz audyty pacjenckie oraz wprowadzenie w życie zapisów ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta.
W Polsce nadal jest ograniczony i opóźniony dostęp refundacyjnych do rejestrowanych w UE terapii przeciwnowotworowych (patrz IQVIA WAIT Indicator). Na docenienie zasługuje fakt znaczącej poprawy w dostępie refundacyjnym do nowoczesnych terapii w latach 2018-2021. W 2021 r. zrefundowano 68 nowych cząsteczkowo-wskazań ogółem, w tym 32 w onkologii i onkohematologii. Jednakże nadal często jedyną opcją dostępu do nowoczesnego leczenia dla pacjenta jest udział w	Rekomendowane jest: <ul style="list-style-type: none"> • cykliczne refundowanie nowo rejestrowanych cząsteczkowo-wskazań w zakresie terapii przeciwnowotworowych, • ciągłe uaktualnianie programów lekowych i przesuwanie leków do katalogu chemioterapii lub na listę apteczną,

<p>badaniach klinicznych lub skorzystanie z Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych. Obecnie budżet przeznaczony na RDTL jest zależny od danego ośrodka, co ogranicza możliwości korzystania z takiej formy finansowania leczenia. Przez co opcja, która z założenia miała ratować życie, obecnie zatraciła swoją definicję. Dodatkowo, wobec długotrwałych procesów refundacyjnych, dostęp do terapii ogranicza funkcjonująca lista leków niepodlegających finansowaniu w ramach RDTL. Na listę negatywną często trafia lek, który w procesie ubiegania się o refundację z powodów finansowych otrzymuje negatywną rekomendację AOTMiT. Jednak potem w wyniku negocjacji z Ministerstwem Zdrowia jest obejmowany refundacją, tym samym lista blokuje dostęp leków dla chorych, którzy go potrzebują nie mogąc czekać na wynik negocjacji.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • udostępnianie terapii w ramach wcześniejszych linii leczenia oraz • usprawnienie Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych tak, aby pacjenci mieli dostęp do najnowszych leków ratujących życie nie tylko w największych ośrodkach. • Konieczna jest nowelizacja ustawy o Funduszu Medycznym – usunięcie niekorzystnego dla pacjentów przepisu o wykazie leków niepodlegających finansowaniu w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL). • wprowadzenie na szerszą skalę instrumentów dzielenia ryzyka i rejestrów medycznych.
<p>Nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce, powodując w 2019 r. - 23,2% zgonów kobiet.</p>	<p>Nowotwory kobiece – rak jajnika, rak szyjki i trzonu macicy oraz rak piersi wymagają priorytetowego traktowania w systemie ochrony zdrowia.</p>
<p>Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet – według KRN, stanowił 23% wszystkich nowo rozpoznanych nowotworów w 2019 r. Stanowił on też drugą przyczynę zgonów na nowotwory złośliwe, tuż po nowotworze płuc. Szczyt zachorowań występuje u kobiet w wieku 50-69 lat. 1 na 8 kobiet zachoruje na ten nowotwór w ciągu swojego życia. Aktualnie w Polsce dla pacjentów z rakiem piersi refundowanych jest w ramach programu lekowego wiele cząsteczek, jednak nie wszystkie podtypy raka mają aktualnie zapewnione optymalne leczenie - pacjenci z najczęstszą postacią raka - hormonozależnym, wczesnym rakiem piersi HER2- nie mają aktualnie dostępu do innowacyjnej terapii, a jedynie do niespecyficznego chemioterapii oraz hormonoterapii klasycznej. Potrójnie ujemny rak piersi (TNBC) stanowi ok. 10-15% przypadków raka piersi i charakteryzuje się bardzo szybkim rozwojem. TNBC charakteryzuje się najniższymi odsetkami 5-letnich przeżyć wśród wszystkich podtypów raka piersi. Istnieje niezaspokojona potrzeba medyczna w nawrotowym i przerzutowym (stadium IV) potrójnie ujemnym raku piersi. Obecnie dostępne leczenie ogranicza się do zabiegu operacyjnego i radioterapii i chemioterapii, na którą ten typ nowotworu wykazuje wysoką oporność. W przypadku raka piersi HER2+, obecnie chore z wczesnym</p>	<p>W zakresie raka piersi rekomendowana jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standaryzacja i rozwój „Breast Units”; • Poprawa działania programu przesiewowego; • Edukacja zdrowotna; • Skrócenie diagnostyki – do 1 mca z kilku miesięcy. • Redefinicja nowotworu HER2+ - poziom ekspresji. • Wykonywanie diagnostyki w kierunku mutacji w genach BRCA1/BRCA2 u wszystkich chorych, co daje szansę na włączenie optymalnego leczenia • Refundacja nowych leków: <ul style="list-style-type: none"> ○ Trastuzumab derukstekanem dla pacjentek chorujących na raka piersi HER2+; ○ Sacituzumab govitecan w terapii potrójnie ujemnego

<p>nowotworem są w Polsce optymalnie zaopiekowane. Na równie pozytywne rozstrzygnięcia oczekują pacjentki z zaawansowanym HER2+. Tym bardziej, że pojawiła się terapia, która wykazała wręcz bezprecedensową skuteczność w obszarze raka piersi: prawie wszystkie pacjentki odpowiedziały na leczenie. To oznacza wyniki na poziomie wyników osiągniętych obecnie w przypadku celowanej terapii pierwszoliniowej.</p>	<p>raka piersi (TNBC, triple-negative breast cancer);</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Abemacyklib w połączeniu z hormonoterapią u pacjentek z wczesnym rakiem piersi o wysokim ryzyku nawrotu; ○ Pembrolizumab w nawrotowym i przerzutowym (stadium IV) potrójnie ujemnym raku piersi (TNBC).
<p>Rak jajnika jest najgorzej rokującym nowotworem ginekologicznym. Szansę na wyleczenie pacjentki mają jedynie w pierwszej linii leczenia, ponieważ kiedy pojawi się pierwszy nawrót, już wiadomo, że jest to choroba nieuleczalna. Dlatego tak ważna jest odpowiednia diagnostyka, od której zależy czy pacjentka otrzyma, jak najskuteczniejsze leczenie na początku terapii. Optymalny dobór terapii zależny jest od wielu czynników, w tym obecności deficytu rekombinacji homologicznej (HRD). Najlepiej poznaną mutacją genetyczną związaną z HRD jest mutacja w genach BRCA 1 i BRCA 2. Obecnie, w zaawansowanym raku jajnika BRCA+, najskuteczniejszą, dostępną opcją terapeutyczną są inhibitory PARP. Zastosowane w I linii leczenia dają nawet nadzieję na wyleczenie. Drugą grupą pacjentek, która mogłaby odnieść spektakularne korzyści z leczenia inhibitorami PARP, są chore z zaawansowanym rakiem jajnika BRCA+, z chorobą resztkową (tzw. chore wysokiego ryzyka nawrotu), które już otrzymują leczenie bewacyzumabem.</p>	<p>W zakresie raka jajnika rekomendowane są:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukacja zdrowotna – podnoszenie świadomości pierwszych objawów choroby; • Standaryzacja i rozwój „Ovarian Units”; • Z uwagi na precyzyjność dostępnego leczenia oraz bezpieczeństwo rodziny pacjentki, istotne jest obowiązkowe wykonywanie badań w kierunku wystąpienia mutacji w genach BRCA1/BRCA2 u każdej nowozdiagnozowanej chorej.
<p>Rak endometrium to najczęstszy nowotwór żeńskich narządów rodnych. W 2020 roku odnotowano 9 869 nowych przypadków zachorowalności i 2 195 zgonów tej choroby zajmując odpowiednio 4 oraz 6 miejsce na liście nowotworów u kobiet w Polsce.</p>	<p>W zakresie raka trzonu macicy rekomendowana jest refundacja nowego leku dostarlimabu w leczeniu nawrotowego lub zaawansowanego raka endometrium u kobiet, które wcześniej były leczone nieskutecznie.</p>
<p>Rak szyjki macicy, zaraz po raku piersi, raku trzonu macicy i raku jajnika, jest jednym z częstszych nowotworów u kobiet. Rozwojowi raka szyjki macicy można zapobiegać. Ważną rolę odgrywa tu szczepienie przeciwko HPV, które zapobiega zakażeniu kancerogennymi typami wirusa. Szczepić powinno się dziewczęta przed rozpoczęciem współżycia płciowego, najlepiej około 12. roku życia. Profilaktyka raka szyjki macicy obejmuje systematyczne badania przesiewowe. Raz na rok powinno się również wykonywać cytologię. Narodowa Strategia Onkologiczna zakładała, że szczepienia na HPV zacniemy już w roku</p>	<p>Rekomendowany jest dostęp do szczepień, możliwość wyboru szczepionek i bezpłatny program szczepienia HPV refundowany publicznie.</p>

<p>2020. Tymczasem program nie rozpoczął się do dziś. W tej sytuacji nie ma szans na osiągnięcie określonego w ustawie celu, polegającego na zaszczepieniu populacji dziewcząt i chłopców do 2028 r.</p>	
<p>Nowotwory uroonkologiczne (rak gruczołu krokowego, rak nerki, rak pęcherza moczowego) stanowią ok. 25% wszystkich diagnozowanych nowotworów w Polsce.</p>	<p>Rekomendowana jest współpraca pomiędzy urologami i onkologami klinicznymi.</p>
<p>Nowotwory układu pokarmowego (rak jelita grubego, rak żołądka, rak trzustki, rak wątrobowokomórkowy) stanowią 30% wszystkich nowotworów.</p>	<p>W zakresie raka wątrobowokomórkowego rekomendowany jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krajowy program badań przesiewowych w kierunku HCV • Dostęp do terapii bezinterferonowej dla każdego zdiagnozowanego pacjenta. <p>W zakresie raka trzustki rekomendowana jest refundacja leku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irynotekan liposomowy w leczeniu gruczolaka trzustki z przerzutami, w połączeniu z 5-fluorouracylem (5-FU) i leukoworyną (LV), u dorosłych pacjentów z progresją choroby po terapii opartej na gemcytabinie. • Olaparyb w leczeniu chorych z rakiem trzustki dla pacjentów z obecnością mutacji w genach BRCA1 lub BRCA2.
<p>Rak płuca jest najczęstszym nowotworem w Polsce. Dostęp do innowacyjnych leków poprawił się i najważniejsze terapie zostały zrefundowane, ale według raportu Szwedzkiego Instytutu Ekonomiki Zdrowia leczymy tylko ok. 50% pacjentów z rakiem płuca w 4 stadium i tylko nieznaczna część z nich otrzymuje nowoczesne terapie. Pozostali, pomimo programów lekowych mają do nich ograniczony dostęp. Pilną potrzebą jest więc stworzenie jednolitego modelu postępowania diagnostyczno-leczniczego, standardu leczenia, który gwarantowała Narodowa Strategia Onkologiczna w trosce o to by pacjenci w różnych miejscach kraju mieli równe szanse na leczenie zgodne z europejskimi standardami medycznymi.</p>	<p>Rekomenduje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wprowadzenie badań przesiewowych dla grup ryzyka; • Rozwój pilotażu z zakresu niskodawkowej tomografii komputerowej płuc; • Wprowadzenie modelu opieki kompleksowej - Lung Cancer Units;

<p>W terapii nowotworów krwi 70% opcji terapeutycznych stanowią leki, a 30% -przeczepienia komórek krwiotwórczych. Pozytywne zmiany w zakresie refundacji nowych leków dokonały się w ostatnich 2019-2021 latach, a czas oczekiwania na refundację skrócił się do 2,5 roku od rejestracji w Unii Europejskiej. Największym wyzwaniem jest dalszy wzrost dostępności refundacyjnej do nowych leków.</p>	<p>W zakresie onkohematologii rekomendowane są:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optymalizacja opieki: referencyjność ośrodków hematologicznych, nowoczesna diagnostyka, wzrost liczby hematologów, wzrost liczby łóżek hematologicznych. • Refundacja iksazomibu w schemacie IRD w drugiej linii leczenia szpiczaka plazmocytoowego • Refundacja brentuksymabu vedotin w leczeniu osób wcześniej nieleczonych z układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek
<p>Nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce, powodując w 2019 roku 25,7% zgonów u mężczyzn. Oczekiwana długość życia mężczyzn w Polsce jest 8 lat krótsza w porównaniu do kobiet.</p>	<p>Należy wdrożyć kampanie świadomościowe w zakresie wczesnego wykrywania raka prostaty i jądra.</p>

5. Kluczowe informacje przy gotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu onkologii i onkohematologii

Poniżej przedstawiono wybrane obszary terapeutyczne w aspekcie niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych pacjentów onkohematologicznych (nowotwory krwi) i pacjentów onkologicznych (guzy lite).

Nowotwory krwi

Iksazomib w schemacie IRD w drugiej linii leczenia szpiczaka plazmocytoowego

Dzięki nowoczesnym terapiom, szpiczak plazmocytowy z choroby nieuleczalnej ma szansę stać się chorobą przewlekłą. Dlatego tak ważne są, u pacjentów ze szpiczakiem o charakterze opornym i nawrotowym, wczesna diagnostyka i dostęp do optymalnego leczenia. Bardzo ważna jest diagnostyka pod kątem wysokiego ryzyka cytogenetycznego i dobór odpowiedniej terapii u pacjentów z opornym i/lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytoowym. W ostatnim roku Ministerstwo Zdrowia podjęło szereg decyzji refundacyjnych w kontekście optymalizacji leczenia pacjentów ze szpiczakiem plazmocytoowym. Wynika to z postępu w medycynie i zmiany schematów leczenia, które uległy modyfikacjom zgodnie z najnowszymi wytycznymi klinicznymi. Zmiany wprowadzone w programie lekowym „B.54, Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytoowego (ICD-10: C90.0)” od 1 marca 2022 r. dla schematu Rd (u pacjentów uprzednio nieleczonych) wskazują wprost, że nie może być on

stosowany w przypadku obecności zaburzeń chromosomalnych: del (17p), t (4;14), t (14;16). Występowanie powyższych aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka stanowi jednocześnie kryteria włączenia do schematu IRd, który aktualnie dostępny jest dla pacjentów od trzeciej linii leczenia. Tym samym aktualne zapisy programu lekowego wskazują na niezaspokojoną potrzebę pacjentów z wysokim ryzykiem cytogenetycznym w drugiej linii leczenia. W związku z powyższym słuszne wydaje się przesunięcie terapii z wykorzystaniem iksazomibu do drugiej linii leczenia, co byłoby zgodne z badaniem rejestracyjnym dla tego produktu leczniczego. Wyniki randomizowanego badania III fazy dla iksazomibu (badanie TOURMALINE-MM1) wskazują, że stosowanie iksazomibu dodanego do schematu Rd obniża ryzyko wystąpienia progresji w czasie o 46% w porównaniu do grupy pacjentów stosujących schemat Rd. Mediana PFS uzyskana w grupie IRd wynosiła 21,4 mies., podczas gdy wartość w grupie Rd była istotnie niższa – 9,7 mies. A zatem dodanie iksazomibu do schematu Rd znosi niekorzystny wpływ wysokiego ryzyka cytogenetycznego i wskazuje na istotną korzyść, którą mogą odnieść pacjenci w tej grupie w przypadku wcześniejszego włączenia do terapii z użyciem schematu IRd. Warto również podkreślić, że na słuszność przesunięcia terapii iksazomibem do wcześniejszej linii leczenia wskazują zarówno polscy klinicyści, jak również wytyczne (polskie i zagraniczne). Udostępnienie pacjentom ze szpiczakiem plazmocytowym schematu IRd już od drugiej linii leczenia pozwoli na odniesienie największej korzyści klinicznej w tej grupie pacjentów.

Brentuksymab vedotin w leczeniu osób wcześniej nieleczonych z układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek

Chłoniak sALC - anaplastyczny z dużych komórek (ang. systemic anaplastic large cell lymphoma) jest rzadkim i agresywnym chłoniakiem nieziarnicznym powstającym z obwodowych limfocytów T. Rokowanie u chorych zależy przede wszystkim od podtypu histopatologicznego, stopnia zaawansowania choroby i czynników rokowniczych. Ten typ chłoniaka występuje z częstością 1-9/100 tys. osób. Jak wynika z dostępnych danych takich pacjentów jest w Polsce ok. 70. Brentuksymab vedotin jest dedykowany leczeniu osób wcześniej nieleczonych z układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek, ze sprawnością w stopniu 0-2 wg klasyfikacji ECOG. Obecnie produkt jest refundowany w populacji pacjentów z nawrotowym lub opornym na leczenie sALCL. Niezaspokojona potrzeba tej grupy chorych polega na tym, że brak jest aktualnie wysoce skutecznego leczenia standardowego. Chorzy na sALCL niepoddawani wcześniej leczeniu otrzymują niespecyficzną dla tej choroby chemioterapię skojarzoną, której skuteczność jest ograniczona. W ocenie skuteczności BV+CHP¹⁶ vs CHOP1 na podstawie badania RCT w populacji sALCL stwierdzono istotną statystycznie redukcję ryzyka progresji choroby lub zgonu o 41% w ramieniu BV+CHP w porównaniu z ramieniem CHOP. Stosowanie BV+CHP w porównaniu z CHOP skutkowało istotną statystycznie redukcją ryzyka zgonu o 46%. Szacowany wskaźnik PFS w grupie BV+CHP oraz CHOP wyniósł kolejno 88% vs 68,4% (w 6 mies.), 78,7% vs 60,3% (w 12 mies.), 68,4% vs 53,9% (w 24. mies.), 65,5% vs 50,2% (w 36 mies.). Profil bezpieczeństwa w grupie BV+CHP określono jako zgodny ze znanym profilem bezpieczeństwa chorych leczonych brentuksymabem vedotin. Nie zidentyfikowano nowych zagrożeń związanych ze

¹⁶ Schemat CHOP: cyklofosfamid, doksorubicyna, winkrystyna, prednizolon

stosowaniem brentuksymabu vedotin. Profil bezpieczeństwa w populacji sALCL określono jako zgodny z profilem bezpieczeństwa dla populacji ogólnej.

Guzy lite

Irynotekan liposomowy w terapii raka trzustki

Rak trzustki to jeden z najgorzej rokujących nowotworów, który przez długi czas rozwija się bezobjawowo. Dodatkowo brak jest specyficznej profilaktyki tego nowotworu. Rak trzustki jest jednym z najgorzej rokujących nowotworów. W większości pacjenci dowiadują się o diagnozie gdy nowotwór jest już w fazie zaawansowanej, przerzutowej i nieoperacyjnej. Rak trzustki jest kwalifikowany do nowotworów o niezaspokojonych potrzebach medycznych - istnieje niewiele opcji terapeutycznych dla tej grupy chorych. Populacja chorych jest niewielka, a populacja chorych, których można zakwalifikować do ukierunkowanej terapii jeszcze mniejsza. Szansę na 5-letnie przeżycie ma zaledwie ok 5% pacjentów, a rok od postawienia diagnozy przeżywa zaledwie 25 proc. chorych. Niestety nie istnieje specyficzna profilaktyka w kierunku raka trzustki, a rozwój tej choroby nie wiąże się przez długi czas z konkretnymi objawami. Zazwyczaj rak trzustki daje objawy dopiero w momencie kiedy choroba jest już bardzo zaawansowana. Dlatego też tylko u W przypadku około 20% przypadków rak trzustki jest operacyjny w momencie postawienia diagnozy, a u pozostałych 80% chorych występują już przerzuty. I choć rak trzustki nie jest rozpowszechnionym nowotworem, bo Polsce jest przyczyną około 3% wszystkich diagnoz onkologicznych, to pod względem przyczyn zgonów z powodu chorób nowotworowych rak trzustki zajmuje 6. pozycję. W ostatnich latach w wielu chorobach nowotworowych dokonał się ogromny postęp w zakresie terapii i rokowań (np. w raku piersi, czy prostaty, a nawet w raku płuca i raku jelita grubego). Rak trzustki pozostaje wciąż w czołówce raków o najgorszym rokowaniu. To sprawia, że jest kwalifikowany do nowotworów o niezaspokojonych potrzebach medycznych. Fatalne rokowanie w raku trzustki związane jest z budową guza nowotworu, która jest odmienna od pozostałych raków: w guzie dominuje podścielisko łącznotkankowe, jest on słabo unaczyniony, co ogranicza penetrację leków do guza, wewnątrz guza jest mało komórek immunokompetentnych, które są punktem uchwytu dla leków immuno-onkologicznych. Dlatego nowotwór ten jest mało wrażliwy na terapie celowane. Tylko około 5% pacjentów z rakiem trzustki kwalifikuje się do tych ukierunkowanych terapii. Pozostałe 95% pacjentów ma wciąż bardzo ograniczone możliwości leczenia: mimo wielu przeprowadzonych prób klinicznych nie udało się wykazać efektywności kolejnych molekuł. Jediną nową opcją terapeutyczną, która wykazała się skutecznością i bezpieczeństwem i została zarejestrowana przez FDA i EMA jest lek irynotekan liposomowy. Irynotekan liposomowy blokuje enzym zwany topoizomerazą I. Poprzez blokowanie tego enzymu komórki nowotworowe nie mogą się namnażać i w końcu umierają. W preparacie irynotekan liposomowy jest zawarty w maleńkich cząsteczkach tłuszczu zwanych "liposomami". Liposomy gromadzą się wybiórczo w obrębie raka trzustki i następnie powoli uwalniają lek, dzięki czemu może on działać dłużej w obrębie guza. Irynotekan liposomowy jest stosowany w II linii leczenia i jest rekomendowany przez międzynarodowe wytyczne: ESMO, NCCN, ASCO. Zarejestrowane wskazanie to leczenie gruczolakoraka trzustki z przerzutami, w połączeniu z 5-fluorouracylem (5-FU) i leukoworyną (LV), u dorosłych pacjentów z progresją choroby po terapii opartej na gemcytabinie. Irynotekan liposomowy jest pierwszym i jedynym lekiem zarejestrowanym dla dorosłych pacjentów z

przerzutowym rakiem trzustki, wykazujących progresję choroby po terapii opartej na gemcytabinie, którego skuteczność w zakresie istotnego przedłużenia OS została wykazana w randomizowanej próbie klinicznej (badanie NAPOLI – 1). Lek przedłuża życie chorych na raka trzustki, co zostało udowodnione w randomizowanej próbie klinicznej NAPOLI-1. Skuteczność leku musi być rozpatrywana w kontekście bardzo niekorzystnego rokowania, tak więc poniższe wyniki należy ocenić jako znaczące klinicznie. Odnotowano wydłużenie przeżycia o 48% w grupie Intention to treat (OS: 6,2 mies. vs 4,2 mies.) oraz wydłużenie przeżycia aż o 75% w populacji Per Protocol (OS: 8,9 mies. vs 5,1 mies.). W oparciu o dane z badania NAPOLI-1 wykazano, że terapia lekiem irynotekanem liposomowym nie pogarsza jakości życia chorych. Lek jest w II linii leczenia rozszerza możliwości leczenia chorych (continuum of care) co jest niezwykle istotne w przypadku chorych na zaawansowanego raka trzustki. Szacowana populacja pacjentów kwalifikujących się do terapii irynotekanem liposomowym to ok. 289 pacjentów rocznie. Obecnie irynotekan liposomowy w terapii raka trzustki jest refundowany w 17 krajach EU/EFTA, jak również poza UE np. w USA, Japonii, Korei Południowej.

Abemacyklib w leczeniu wczesnej postaci raka piersi

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet – według KRN, stanowił 23% wszystkich nowo rozpoznanych nowotworów w 2019 r. Stanowił on też drugą przyczynę zgonów na nowotwory złośliwe, tuż po nowotworze płuc. Rokowanie w raku piersi zależy m.in. od stadium zaawansowania nowotworu oraz konkretnego podtypu molekularnego. Najczęściej spotykany jest rak hormonozależny, diagnozowany we wczesnym stadium. Wczesny rak piersi oznacza taki etap choroby, w którym nie ma jeszcze przerzutów odległych. Celem terapii wczesnego raka piersi jest całkowite wyleczenie. Zaawansowany rak piersi to choroba z przerzutami. Zaawansowany rak piersi nie może być całkowicie wyleczony, celem terapeutycznym jest wydłużenie przeżycia pacjenta i utrzymanie go w jak najlepszej jakości życia. Populacja pacjentów z diagnozą wczesnego raka piersi nie jest jednorodna - zdarzają się w niej również pacjenci z bardziej rozwiniętą chorobą – np. mający przerzuty do licznych węzłów czy większy rozmiar guza. Czynniki te przyczyniają się do gorszego rokowania. Mimo wczesnego stadium, u tych pacjentów choroba jest groźniejsza - w tej grupie pomimo dostępnego leczenia nawrót choroby występuje u nawet 30% osób. Nawrót występuje najczęściej w postaci przerzutów odległych, co czyni chorobę nieuleczalną. Możemy z dużym prawdopodobieństwem określić, czy u danego pacjenta występuje wysokie ryzyko nawrotu choroby, korzystając z cech kliniczno-patologicznych takich jak m.in. podtyp molekularny guza, liczba zajętych lokalnych węzłów chłonnych, stopień złośliwości guza czy wielkość zmiany nowotworowej i dzięki temu dostosować terapię tak, aby jak najskuteczniej zredukować u niego podwyższone ryzyko wystąpienia nawrotu choroby. Rak piersi wiąże się z poważnymi konsekwencjami zarówno dla chorego, jego rodziny, jak i społeczno-ekonomicznymi. Z perspektywy pacjenta deficyt zdrowia odbija się na wszystkich aspektach jego życia. W przypadku wczesnej postaci choroby, przebyte leczenie może pozostać jedynie epizodem zakończonym trwałym wyleczeniem, powrotem do pełnego zdrowia, ról społecznych, zdolności do pracy - pełni normalnego funkcjonowania. W przypadku zaawansowanego raka piersi jest to choroba nieuleczalna, wymagająca długotrwałej farmakoterapii i monitorowania, mogąca tym samym prowadzić do wypadania z ról społecznych, obniżenia jakości życia, cierpienia – wiążąca się ze znacznym obciążeniem psychicznym chorego, wymagająca wsparcia psychologicznego. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne raka piersi są znaczne, mimo że rokowanie raka piersi na przestrzeni ostatnich

lat bardzo się poprawiło dzięki dostępowi do innowacyjnych terapii, które zmieniają oblicze tej choroby. Konsekwencje obejmują zarówno koszty dla systemu ochrony zdrowia, jak i systemu ubezpieczeń społecznych i całej gospodarki kraju – wynikają z przedwczesnych zgonów, rent z tytułu niezdolności do pracy, absenteizmu i prezenteizmu zarówno samych chorych jak i ich opiekunów. W tym kontekście kluczowe jest podkreślenie, że im szybciej, na wcześniejszym etapie zdiagnozowana jest choroba, tym większa szansa na całkowite wyleczenie pacjenta i tym samym uniknięcie systemowych kosztów wygenerowanych przez trwałą niezdolność do pracy, renty i straty spowodowane przedwczesnymi zgonami.

Aktualnie w Polsce dla pacjentów z rakiem piersi refundowanych jest w ramach programu lekowego wiele cząsteczek, jednak nie wszystkie podtypy raka mają aktualnie zapewnione optymalne leczenie - pacjenci z najczęstszą postacią raka – hormonozależnym, wczesnym rakiem piersi HER2- nie mają aktualnie dostępu do innowacyjnej terapii, a jedynie do niespecyficznego chemioterapii oraz hormonoterapii klasycznej. W przypadku tego rodzaju raka, mimo że większość pacjentów dobrze reaguje na aktualnie dostępne leczenie, istnieje szczególna populacja chorych, mających wysokie ryzyko nawrotu choroby. Nawet u 30% pacjentów w ciągu pierwszych kilku lat od wdrożenia terapii wytwarza się oporność na aktualnie dostępne leczenie, skutkując nawrotem choroby w postaci przerzutów odległych, które nie są uleczalne i prowadzą do przedwczesnego zgonu. W związku z tym, w tej szczególnie narażonej na nawrót subpopulacji chorych z wczesnym rakiem hormonozależnym HER2-, istnieje niezaspokojona potrzeba wdrażania skutecznego leczenia redukującego ryzyko nawrotu choroby. Dla tych właśnie pacjentów w ostatnim czasie pojawiły się nowe opcje terapeutyczne, polegające na skojarzeniu hormonoterapii z leczeniem celowanym, dla którego wykazano skuteczność w redukcji ryzyka nawrotu choroby. Aktualnie dostępne, refundowane leczenie pacjentów z hormonozależnym HER2- rakiem piersi obejmuje kombinację leczenia chirurgicznego, radioterapii, chemioterapii i hormonoterapii – jest to leczenie powszechnie dostępne, natomiast charakteryzujące się małą specyficznością w walce z nowotworem. Ostatni przełom jaki dokonał się w leczeniu tego typu raka to właśnie zastosowanie hormonoterapii. Kolejne badania prowadzone w tym obszarze na przestrzeni ostatnich dwóch dekad nie przynosiły przełomu. Nowy trend terapeutyczny to inhibitory CDK 4 i 6, znane już z terapii zaawansowanego, hormonozależnego raka piersi, wchodzące teraz również do terapii na wczesnym etapie choroby. Dane z badań klinicznych wskazują, że u pacjentek z wczesnym rakiem piersi o wysokim ryzyku nawrotu, zastosowanie terapii skojarzonej abemacyklibem (inhibitorem CDK 4 i 6) w połączeniu z hormonoterapią o ponad 30% obniża ryzyko nawrotu choroby, przy akceptowalnym profilu bezpieczeństwa. Ma to szczególnie istotne znaczenie, bo dotyczy chorych z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia nawrotu choroby. Ze względu na fakt, że nawrót choroby najczęściej występuje w postaci przerzutów odległych, prowadząc tym samym do rozwinięcia choroby nieuleczalnej, jest to grupa chorych, u której mimo wczesnego stadium choroby jest ona szczególnie groźna. Biorąc pod uwagę pojawianie się nowych opcji terapeutycznych adresujących aktualnie niezaspokojone potrzeby, kluczowe jest ich jak najszybsze udostępnianie pacjentom, umożliwiające optymalizację terapii w celu zapobiegania wczesnym nawrotom choroby w tej szczególnie narażonej na nie grupie chorych

W 2018 r. Komisja Europejska wydała zgodę na stosowanie abemacyklibu w skojarzeniu z hormonoterapią w leczeniu uzupełniającym dorosłych pacjentów we wczesnym stadium raka piersi

wykazującego ekspresję receptora hormonalnego (ang. hormone receptor, HR) i niewykazującego ekspresji receptora typu 2. dla ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu (ang. human epidermal growth factor receptor 2, HER2), z przerzutami do węzłów chłonnych, z wysokim ryzykiem wystąpienia nawrotu.¹⁷ Abemacyklib to pierwszy i jedyny inhibitor CDK4 i 6 w terapii HR+, HER2- wczesnego raka piersi z wysokim ryzykiem nawrotu. Pozytywna opinia Europejskiej Agencji Leków zapadła w oparciu o wyniki badania 3 fazy monarchE1, które osiągnęło swój pierwszorzędowy punkt końcowy w drugiej pośredniej analizie skuteczności, wykazując statystycznie istotną poprawę w zakresie przeżycia wolnego od choroby inwazyjnej (IDFS). W listopadzie 2019 r. Prezes AOTMiT wydał pozytywną rekomendację dotyczącą objęcia refundacją abemacyklibu w skojarzeniu z inhibitorami aromatazy we wskazaniu: „Leczenie raka piersi”.¹⁸ Zgodnie z danymi z raportu Modern Healthcare Institute z 2020 r. obserwowane w ostatnich latach przyspieszenie wydawania decyzji refundacyjnych zahamowało narastające opóźnienia związane z zaleceniami onkologicznych wytycznych klinicznych. Aby utrzymać ten dobry trend w Polsce konieczne jest sukcesywne obejmowanie refundacją nowych opcji terapeutycznych - zgodnie z raportem o ok. 25% w skali roku.¹⁹

Sacituzumab govitecan w terapii potrójnie ujemnego raka piersi (TNBC, triple-negative breast cancer)

Rak piersi był w roku 2020 najczęściej diagnozowanym spośród nowotworów złośliwych na świecie. W Polsce sytuacja jest podobna. Według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w 2017 r. w Polsce stwierdzono 18 529 nowych zachorowań na ten nowotwór, a z powodu raka piersi zmarło 6670 kobiet. Szczyt zachorowań występuje u kobiet w wieku 50-69 lat. 1 na 8 kobiet zachoruje na ten nowotwór w ciągu swojego życia. Podział molekularny ma znaczenie dla ustalenia dalszego postępowania terapeutycznego, odbywa się poprzez ocenę: ekspresji receptorów ER, ekspresji receptorów PgR oraz statusu receptora HER2. Uwzględniając powyższe, czyli ocenę ekspresji receptorów, raka piersi możemy podzielić na 4 główne podtypy: HR+/HER2- (Luminal A), HR+/HER2+ (Luminal B), HR-/HER2+ (HER2-enriched) oraz HR-/HER2 (TNBC). Potrójnie ujemny rak piersi (TNBC, triple-negative breast cancer) to nowotwór, który nie wykazuje obecności receptorów estrogenowych (ER), receptorów progesteronowych (PgR) i nadekspresji ludzkiego naskórkowego receptora typu 2 (HER2, human epidermal receptor 2) w ocenie immunohistochemicznej. Ujemne wyniki oceny tych parametrów oznaczają, że proliferacja (rozwój) komórek tego nowotworu i jego progresja nie są stymulowane przez receptory dla estrogeny i progesteronu ani poprzez receptor HER2. Rak potrójnie ujemny stanowi około 10-15% wszystkich nowotworów piersi. Według danych z Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie w latach 2016–2018 w Polsce pierwotne TNBC stanowiły 9,6%, a rozsiane (czyli z przerzutami) - 17,9%. TNBC, jest podtypem biologicznym raka piersi charakteryzującym się najgorszym rokowaniem i najczęstszym występowaniem u chorych w młodszym wieku. Wynika to z samej biologii komórek nowotworowych, charakteryzujących się większą dynamiką wzrostu, większą złośliwością kliniczną, czy niższym zróżnicowaniem komórek nowotworu, ale również z braku możliwości zastosowania wielu terapii systemowych skutecznych w innych podtypach biologicznych raka piersi, takich jak hormonoterapii czy terapii anti-HER2 (Human epidermal growth factor receptor 2 -receptor

¹⁷ <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1307.htm>

¹⁸ https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2019/193/REK/rp_102_2019_verzenio_nsai_mkp_zaczerniona.pdf

¹⁹ <https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2020/08/raport-onkologia-0826.pdf>

ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu). Wobec tego bardzo ważny jest dalszy rozwój terapii systemowych dostępnych dla tej grupy chorych.

Przeciwnowotworowe leczenie systemowe (inaczej „układowe”) polega na stosowaniu leków podawanych w taki sposób, by działały na cały organizm. Obecnie można wskazać trzy główne sposoby przeciwnowotworowego leczenia systemowego: chemioterapia, czyli leczenie cytotoksyczne (powodujące śmierć komórek); hormonoterapia, czyli celowe oddziaływanie na produkcję/działanie hormonów (rzadko wywołuje śmierć komórek, ale często powoduje zatrzymanie ich rozwoju – leczenie cytostatyczne); leczenie biologiczne, czyli wpływające na działanie układu odpornościowego i ukierunkowane na określone cele molekularne (np. szczególne receptory na powierzchni komórek). Część przypadków TNBC ściśle wiąże się z zaburzeniami genów BRCA i ich produktów białkowych. W grupie kobiet z mutacją w genie BRCA1 75% rozpoznawanych raków piersi ma postać raka potrójnie ujemnego. Ogólna charakterystyka TNBC to: agresywny przebieg kliniczny, bardzo ograniczona liczba opcji terapeutycznych, gorsze prognozy przeżycia 5-letniego w porównaniu do innych podtypów molekularnych, oraz wyższym ryzykiem występowania przerzutów do narządów trzewnych (najczęściej płuca - 40%, mózg - 30%, wątroba - 20%, kości - 10%), występuje częściej u kobiet młodszych, w wieku przed-menopauzalnym.

Wytyczne europejskie (ESMO - European Society of Medical Oncology) rekomendują u pacjentek we wczesnym stadium choroby zastosowanie chemioterapii. Gdy pacjentka przestaje odpowiadać na leczenie i pojawią się przerzuty, rekomendowane są inhibitory PARP (w przypadku wystąpienia mutacji BRCA), immunoterapia lub kontynuowana jest chemioterapia. W kolejnym etapie preferowaną opcją jest terapia lekiem - sacituzumab govitecan (zarejestrowany przez FDA 10.04.2021 r.) lub w przypadku braku jego dostępności (terapia w trakcie procesu rejestracyjnego EMA) - chemioterapia. Pacjentki z przerzutowym TNBC (mTNBC) gorzej odpowiadają na chemioterapię niż pacjentki z innymi podtypami. Pozytywna odpowiedź na to leczenie uzyskiwana jest u maksimum 10-15% chorych z mTNBC. Mediana przeżycie całkowitego (OS) dla pacjentek z mTNBC leczonych konwencjonalną chemioterapią to 9-12 miesięcy. Lek został zarejestrowany przez EMA w listopadzie ubiegłego roku.

Dostarlimab w terapii raka endometrium (trzonu macicy)

Rak trzonu macicy to najczęstszy nowotwór narządu rodnych kobiet w Polsce: szósty pod względem częstości zachorowań u kobiet nowotwór na świecie, a czwarty w krajach wysoko rozwiniętych. W Polsce notuje się ok. 6 tys. nowych zachorowań rocznie, co oznacza, że dziennie 16 kobiet dowiaduje się, że ma ten typ nowotworu. Liczba zachorowań rośnie, co jest związane z procesami demograficznymi, w tym starzeniem się populacji i spadkiem diety.

Rak endometrium zwykle rozwija się u kobiet powyżej 45. roku życia, głównie po menopauzie. Rokowania są zazwyczaj dobre, ponieważ najczęściej choroba zostaje zdiagnozowana we wczesnych stadiach, gdyż pierwsze objawy są bardzo charakterystyczne: nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych. Skłania to kobietę do szybkiego zgłoszenia się do lekarza. Niestety, w ok. 10–15 proc. przypadków następuje wznowa, a u ok. 10–15 proc. pacjentek jest on wykrywany już w formie zaawansowanej. Te przypadki są trudne do leczenia: 5-letnie przeżycia nie przekraczają 19–20 proc. Wymaga to nowego podejścia do terapii.

Nadzieją na leczenie trudnych przypadków okazało się wykrycie w tych guzach defektu genów naprawy niedopasowań (dMMR) i niestabilności mikrosatelitarnej (MSI). – Okazuje się, że aż 30 proc. raków

endometrium ma cechy niestabilności mikrosatelitarnej. W UE i USA rekomendowane jest wykonywanie badań w kierunku niestabilności mikrosatelitarnej u wszystkich chorych z rakiem endometrium. Leczeniem z wyboru dla tych chorych jest immunoterapia, a przede wszystkim tzw. inhibitory punktów kontrolnych. To leki, które odwracają hamowanie odpowiedzi immunologicznej. Pozwalają układowi immunologicznemu znów „zobaczyć” komórkę nowotworową i ją zwalczać. Nie daje się on już „oszukać” nowotworowi. U chorych z rakiem endometrium takim lekiem zarejestrowanym w Polsce jest dostarlimab. W badaniu GARNET prowadzonym u pacjentek z rakiem endometrium z cechami niestabilności mikrosatelitarnej aż 42 proc. chorych z nawrotami choroby lub zaawansowanym nowotworem uzyskało odpowiedź na leczenie, a u 58 proc. uzyskano kontrolę choroby. Wyniki tego badania są jednoznacznie pozytywne, a lek jest bardzo dobrze tolerowany.²⁰ Dostarlimab to pierwsze przeciwciało anty-PD-1 dopuszczone w kwietniu 2021 r. przez Komisję Europejską do stosowania w leczeniu nawrotowego lub zaawansowanego raka endometrium u kobiet, które wcześniej były leczone nieskutecznie.²¹ Niestabilność mikrosatelitarna powoduje oporność na chemioterapię, za to wrażliwość na leki immunologiczne (inhibitory punktów kontrolnych). To leczenie jest skuteczne u kobiet, których guzy mają właśnie tą cechę.

6. 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. 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

²⁰ <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2771011>

²¹ <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1538.htm>

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 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 ultraradkich. 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 CHOROBY 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

Koordynacja opieki na poziomie POZ i AOS jest gwarancją efektywności całego systemu ochrony zdrowia. Nowy program wsparcia opieki środowiskowej powinien koncentrować się na rozwoju opieki geriatrycznej, kardiologicznej i rehabilitacyjnej. Wymaga to intensywnego rozwoju w każdej gminie pielęgniarstwa środowiskowego i placówek dziennego pobytu dla seniorów oraz osób ze znacznym upośledzeniem funkcji poznawczych czy motorycznych. W ramach koordynacji opieki w POZ i wsparcia opieki środowiskowej postulujemy aktywizację programu wolontariatu szkolnego skierowanego do osób potrzebujących pomocy.

14. POWOŁANIE EUROPEJSKIEJ UNII ZDROWIA

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

15. UTRZYMANIE ZASADY OBOWIĄZKOWOŚCI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE

Obowiązkowe szczepienia, stanowiąc ochronę indywidualną oraz środowiskową, są jednymi z najważniejszych elementów zdrowia wspólnotowego i wyrazem solidaryzmu społecznego. Należy zdecydowanie:

- zwiększyć wiedzę społeczną na temat szczepień,
- nasilić wszelkie formy przeciwdziałania Państwa przejawom deprecjonowania ich roli - konsekwentnie walczyć z fałszującymi prawdę mitami,

- zapewnić możliwie najskuteczniejszą ochronę osobom z medycznymi 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.).

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

„Tym, co pełnią misję lekarską, niosą ulgę w chorobie i cierpieniu – dedykuję kilka myśli ku rozważeniu”.
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. Pełniąc swoją niełatwą misję lekarską, bądź cierpliwy, nie zapominaj o dobrych i ciepłych słowach, nie obrażaj się i nie gniewaj na pacjenta, a swoją postawą i działaniem zaświadczaaj o zbieżności swoich celów z celami pacjenta stosownie do jego potrzeb, oczekiwań i życzeń oraz zgodnie z jego wolą, światopoglądem i filozofią życia.
7. Traktuj zawsze pacjenta podmiotowo w sposób holistyczny, nie oddzielając jego części fizycznej od psychicznej i duchowej, bowiem stanowią one jedną nierozdzielalną całość.

KONTAKT:

Anna Jasińska, rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. 734 439 122, e-mail: jasinska@greencomm.pl

Grażyna Mierzejewska, ekspert Medycznej Racji Stanu, tel. 734 437 337,
e-mail: mierzejewska@greencomm.pl

Raport powstał dzięki wsparciu partnerów:

