



**RAPORT:
VI 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
28 sierpnia 2023 r.

Raport pt. VI Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu, sierpień 2023

ISBN: 978-83-969333-1-7

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

Autorzy wypowiedzi w kolejności alfabetycznej:

1. Prof. Mariusz Bidziński, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej
2. Grzegorz Błażewicz, zastępca Rzecznika Praw Pacjenta
3. Prof. Marek Dedecjus, kierownik Kliniki Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej NIO-PIB
4. Ks. Władysław Duda, dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej
5. Barbara Dziuk, Komisja Zdrowia oraz Podkomisja stała do spraw onkologii
6. Dr Jakub Gierczyński, MBA, ekspert systemu ochrony zdrowia
7. Dr Kufel-Grabowska, Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
8. Dr Agnieszka Jagiełło-Gruszczyńska, Narodowy Instytut Onkologii - Państwowy Instytut Badawczy
9. Dr Aleksandra Kapała, kierownik Kliniki Diagnostyki Onkologicznej, Kardioonkologii i Medycyny Paliatywnej, kierownik Działu Żywienia Klinicznego NIO-PIB
10. Dr Mariola Kosowicz, kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego NIO-PIB
11. Prof. Paweł Kowal, przewodniczący zespołu Parlamentarnego ds. Europejskiej Unii Zdrowotnej
12. Prof. Maciej Krzakowski, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, prezes PTOK
13. Prof. Małgorzata Łukowicz, konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji
14. Dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, przewodniczący Rady Przejrzystości AOTMiT, przewodniczący Krajowej Rady Onkologicznej, Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu
15. Dr Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu
16. Mec. Piotr Mierzejewski, dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w BRPO, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
17. Prof. Barbara Radecka, ordynator Kliniki Onkologii Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu i Uniwersytetu Opolskiego
18. Prof. Jarosław Reguła, konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii
19. Prof. Piotr Rutkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego
20. Red. Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia
21. Dr Iwona Skoneczna, kierownik Oddziału Chemioterapii, Szpital Grochowski im. dr. n. med. Rafała Masztaka
22. Krystyna Wechmann, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych oraz Federacji Stowarzyszeń Amazonki, członkini Krajowej Rady ds. Onkologii i Zespołu ds. Narodowej Strategii w Onkologii
23. 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: *Raport pt. VI Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu, Sierpień 2023*

Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania	2
2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu	11
3. Stanowiska prelegentów	14
Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia	14
Krystyna Wechmann, Prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych oraz Federacji Stowarzyszeń Amazonki, członkini Krajowej Rady ds. Onkologii i Zespołu ds. Narodowej Strategii w Onkologii.....	14
Prof. Paweł Kowal, przewodniczący zespołu Parlamentarnego ds. Europejskiej Unii Zdrowotnej	15
Prof. Piotr Rutkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego	16
Poseł Barbara Dziuk, Komisja Zdrowia oraz Podkomisja stała do spraw onkologii.....	18
Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w BRPO, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich.....	19
Minister Grzegorz Błazewicz, Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta.....	21
Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego NIO-PIB	22
dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, Przewodniczący Rady Przejrzystości AOTMiT, Przewodniczący Krajowej Rady Onkologicznej, Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu	23
Prof. Maciej Krzakowski, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, Prezes PTOK	24
Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu.....	25
Prof. Mariusz Bidziński, Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej.....	27
Prof. Tomasz Wróbel, Kierownik Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu	28
Dr Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld, Narodowy Instytut Onkologii - Państwowy Instytut Badawczy	29
Dr Kufel-Grabowska, Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego	31
Prof. Barbara Radecka, Ordynator Kliniki Onkologii Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu i Uniwersytetu Opolskiego	32
Prof. Jarosław Reguła, Konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii.....	33
Prof. Marek Dedecjus, Kierownik Kliniki Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej NIO-PIB	35

Dr Iwona Skoneczna, Kierownik Oddziału Chemioterapii, Szpital Grochowski im. dr. n. med. Rafała Masztaka	35
Dr Aleksandra Kapała, Kierownik Kliniki Diagnostyki Onkologicznej, Kardiatoonkologii i Medycyny Paliatywnej, Kierownik Działu Żywienia Klinicznego NIO-PIB	36
Prof. Małgorzata Łukowicz, Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej	37
Ks. Władysław Duda, Dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej	38
Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia	39
4. Wnioski i rekomendacje	41
5. Kluczowe informacje przy gotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu wartości zdrowia	43
Brentuksymab wedotin w leczeniu I linii chłoniaka Hodgkina	43
Terapia drugiej linii pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy opornym na leczenie jodem radioaktywnym	46
Selperkatynib w terapii raka rdzeniastego tarczycy	47
Irynotekan liposomowy w terapii raka trzustki	50
Abemacyklid w leczeniu wczesnej postaci raka piersi	51
Terapia złożona oparta na skojarzeniu trifurydyny/typiracylu z bewacuzymabem u pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego, którzy doświadczyli progresji choroby pomimo zastosowania dwóch linii leczenia systemowego	54
Dostarlimab w terapii raka endometrium (trzonu macicy)	56
6. Tezy dla Zdrowia	57
7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem	61

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 2016-2023 Medyczna Racja Stanu zorganizowała i organizuje 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.



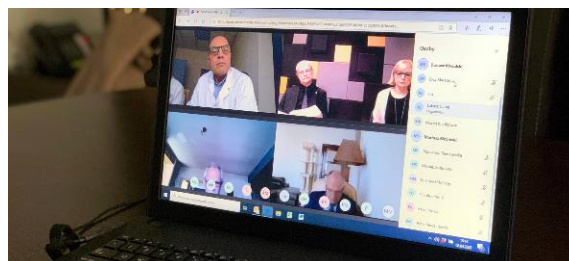
10 października 2019 r. „Czas w Onkologii” - apel o świadomość ryzyka nowotworu każdego z obywateli, czujność onkologiczną lekarzy pierwszego kontaktu, szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki i optymalnych metod terapii.

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.



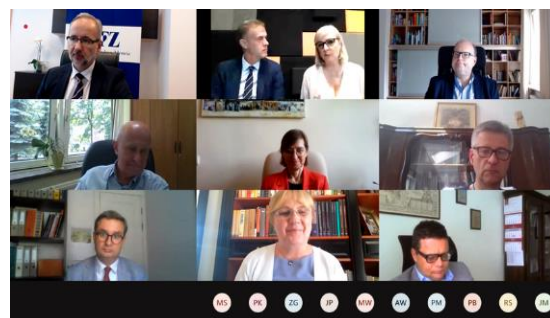
11 grudnia 2019 r. I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości - nadwagę i otyłość ma ponad 20 mln Polaków, na cukrzycę cierpią 3 mln. Najwyższy czas, by wprowadzić system skutecznej profilaktyki i leczenia tych schorzeń w Polsce.

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.



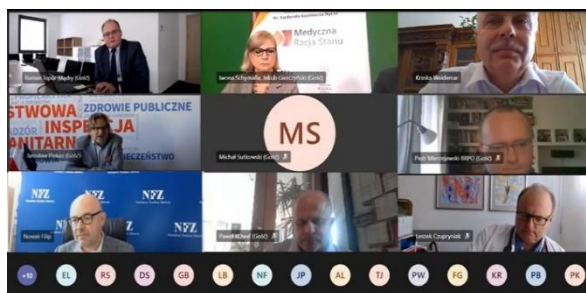
13 maja 2020 r. – III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu online – chorzy na choroby rzadkie wymagają szczególnej opieki w dobie pandemii oraz oczekują na Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich.

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 zło rokowanie pacjentów.



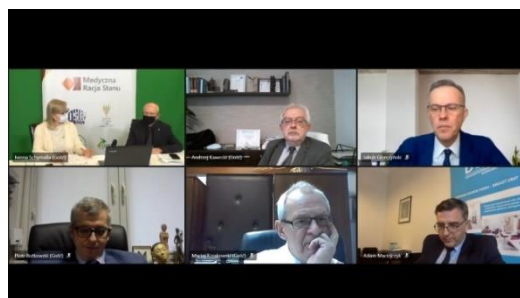
27 lipca 2020 r. – I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych Medycznej Racji Stanu online – choroby zakaźne atakują i od odpowiedzialności obywatelskiej, szczepień profilaktycznych oraz dostępu do skutecznego leczenia zależy zdrowie i życie wszystkich Polaków.

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



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





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.



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

III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii

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 - Wygrywam. 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. Spowodowała 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 „Zdrowie 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.





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

22 sierpnia 2022 r. V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany szybki i nielimitowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej



22 września 2022 r. Wspólne cele w realizacji idei Europejskiej Unii Zdrowia - I debata ekspercka Medycznej Racji Stanu.

26 września 2022 r. VI Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich w życie oraz kontynuacja refundacji publicznej leków stosowanych w chorobach rzadkich.



14 listopada 2022 r. Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet w Polsce w ramach kampanii Bezpieczeństwo Rodziny - Zdowie kobiety powinno być traktowane priorytetowo w polskim systemie ochrony zdrowia.

16 grudnia 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Wyzwania zdrowia - poczucie bezpieczeństwa. Perspektywa 2022/2023 - W czasach pandemii COVID-19 i wojny w Ukrainie wyzwania zdrowia powinny być traktowane priorytetowo we wszystkich aspektach funkcjonowania kraju.





2 lutego 2023 r. Specjalna Debata Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu pt. Wiedza, Determinacja, Współpraca - Cancer Moonshot - Dzięki współpracy, możemy zmniejszyć śmiertelność z powodu raka, o co najmniej 50% w ciągu następnych 25 lat poprawiając przeżycie oraz jakość życia chorych na raka.

2 marca 2023 r. VII Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - Choroby rzadkie w Polsce są traktowane priorytetowo, co pokazuje rozporządzenie ministra Zdrowia, uchwalony i wdrażany Plan dla Chorób Rzadkich 2021-2023 oraz Fundusz Medyczny



30 marca 2023 r. II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu - Rekomendowana jest szybka diagnoza chorób autoimmunologicznych, wczesny dostęp pacjentów do skutecznych terapii oraz wprowadzenie modelu opieki kompleksowej.

20 kwietnia 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Liczymy się z naszym zdrowiem - W ostatnich dekadach rośnie znaczenie pomiaru kosztów w systemie ochrony zdrowia. Rozwija się ekonomia zdrowia, farmakoekonomika oraz metodologia szacowania kosztów z perspektywy społecznej, systemu ochrony zdrowia i pacjenta.



25 maja 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny - Kobiety stanowią połowę polskiego społeczeństwa odgrywając kluczowe role społeczne. Wg badań kobiety na pierwszym miejscu wartości wymieniają swoje zdrowie, ale tylko połowa z nich bada się regularnie i dba o swój stan zdrowia.

22 czerwca 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Wartość Zdrowie - Zdrowie w Polsce musi być traktowane przez rząd jako wartość narodowa, na równi z bezpieczeństwem narodowym i wzrostem gospodarczym.





13 lipca 2023 r. Okrągły Stół Medycznej Racji Stanu pt. Pacjenci-eksperci-system. Jakość życia w chorobach rzadkich i neurologicznych - Medyczna Racja Stanu od kilku lat wspiera poprawę sytuacji pacjentów z chorobami rzadkimi i neurologicznymi.

Zapraszamy Państwa do lektury raportu, wszystkich opublikowanych raportów na stronie **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. Co roku w Unii Europejskiej (UE) można zapobiec ponad 40% zachorowań na raka. 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 z jego powodu. Jeżeli nie podejmie się zdecydowanych działań, liczba zachorowań na raka wzrośnie o 24 proc. do 2035 r., co oznacza, że stanie się on główną przyczyną zgonów w UE. Dlatego w lutym 2021 r. wprowadzono Europejski Plan Walki z Rakiem (Europe's Beating Cancer Plan).¹ Celem Europejskiego Planu Walki z Rakiem jest zmniejszenie obciążenia, jakim są choroby nowotworowe dla pacjentów, ich rodzin i systemów ochrony zdrowia. Będzie on dotyczył niwelowania nierówności dotyczących chorób nowotworowych między państwami członkowskimi i w obrębie tych państw za pomocą działań służących wspieraniu, koordynowaniu i uzupełnianiu wysiłków międzypaństwowych.² Europejski Plan Walki z Rakiem jest wyrazem politycznego zobowiązania do zwalczania chorób nowotworowych oraz kolejnym etapem tworzenia silnej Europejskiej Unii Zdrowotnej, która zapewni UE większe

¹ https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf

² https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12154-Europejski-plan-walki-z-rakiem_pl

bezpieczeństwo, gotowość i odporność. Europejski Plan Walki z Rakiem otrzyma finansowanie w wysokości 4 mld euro, w tym 1,25 mld euro z przyszłego Programu UE dla zdrowia.³

W 2022 r. w ramach „Cancer Moonshot” postawiono ambitny cel dla Stanów Zjednoczonych Ameryki: zmniejszenie śmiertelności z powodu raka o połowę w ciągu 25 lat i poprawienie jakości życia osób chorych oraz osób, które przeżyły raka. Wg Prezydenta Joe Bidena, sami Amerykanie mogą pomóc w tych wysiłkach poprzez zmianę stylu życia (redukcja palenia tytoniu, zdrowa dieta, ruch) oraz udział w badaniach przesiewowych. Projekt ma być realizowany poprzez: włączenie większej liczby pacjentów do rozszerzonych i zmodernizowanych badań klinicznych nad rakiem; zwiększenie liczby nowych leków przeciwnowotworowych; zapewnienie dostępu do aktualnych i nowych standardów opieki onkologicznej oraz zwiększenie różnorodności pracowników zajmujących się badaniami nad rakiem.⁴

W Polsce choroby nowotworowe stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zgonów. Bezwzględna liczba nowotworów złośliwych w kraju stale wzrasta, czego przyczyną jest proces starzenia się społeczeństwa i czynniki związane ze stylem życia. W 2019 r. odnotowano 171,2 tys. zachorowań na nowotwory złośliwe (85 559 u mężczyzn i 85 659 u kobiet). Liczba zachorowań w 2020 r. została oszacowana na 182,5 tys. (91,3 tys. mężczyzn i 91,3 tys. kobiet). Według prognozy Krajowego Rejestru Nowotworów w kolejnych latach nastąpi dalszy wzrost zachorowań. Parlament Rzeczypospolitej Polskiej, mając na względzie obecny i prognozowany wzrost zachorowań na choroby nowotworowe oraz wynikające z tego skutki w postaci dużej śmiertelności, poważnych konsekwencji społecznych, w tym pogorszenia jakości życia chorych i ich rodzin oraz znacznych obciążeń finansowych związanych z leczeniem tych chorób dla obywateli i finansów publicznych, uchwalił ustawę 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. poz. 969). Jednym ze wskazanych w ustawie celów Narodowej Strategii Onkologicznej jest opracowanie i wdrożenie zmian organizacyjnych, które zapewnią chorym równy dostęp do koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze onkologii. W uchwale zostało wskazane, że za fundament reformy opieki onkologicznej w Polsce przyjęto opracowanie koncepcji koordynowanej opieki nad pacjentem onkologicznym, a za jeden z celów Strategii przyjęto poprawę organizacji systemu opieki onkologicznej przez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyki i leczenia oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”. W związku z powyższym w Strategii wskazano, że do końca 2022 r. zostanie wdrożona Krajowa Sieć Onkologiczna, ustanawiająca nowe struktury organizacji i zarządzania opieką onkologiczną. Podmioty wykonujące działalność leczniczą spełniające kryteria kwalifikacyjne określone w ustawie, utworzą Krajową Sieć Onkologiczną, zwaną dalej „KSO”. Ustanowienie KSO ma na celu realizację przyjętej Narodowej Strategii Onkologicznej, jak również osiągnięcie jak najlepszej organizacji opieki onkologicznej, w szczególności zapewnienie poprawy jakości i bezpieczeństwa diagnostyki i leczenia onkologicznego, a także wzrostu poziomu satysfakcji pacjenta i optymalizacji kosztów opieki onkologicznej.⁵

³ https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_pl

⁴ <https://www.cancer.gov/research/key-initiatives/moonshot-cancer-initiative/about#new-cancer-moonshot-research-goals>

⁵ <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=2935>

W ostatnim czasie Ministerstwo Zdrowia dokonało wielu decyzji refundacyjnych i szeregu korzystnych zmian w zapisach programów lekowych. Wprowadziło wiele nowych i istotnych terapii. Jednakże przy okazji wprowadzania tych zmian czasami mają miejsce zmiany ograniczające wskazania refundacyjne w stosunku do złożonego wniosku refundacyjnego i wydanej decyzji refundacyjnej dla danego leku/ów. Zgadza się ze zmianami wynikającymi z CHPL, jednakże, jeśli zmiany te wychodzą poza zapisy w CHPL, określające wskazania rejestracyjne lub wytyczne kliniczne, są one wprowadzane ze szkodą dla pacjentów oraz ograniczają możliwości lekarzy przy wyborze optymalnej terapii dla danego pacjenta (np. farmakokinetyka leku, profil działań niepożądanych, droga podania). Zbyt skomplikowane zapisy lub wprowadzone ograniczenia odchodzące od zapisów CHPL wprowadzają dużo zamieszania w i tak skomplikowanych zasadach kwalifikacji i leczenia pacjentów w ramach programów lekowych. Dodatkowo zmiany takie wprowadzają ograniczenia w możliwości leczenia pacjentów, o których to powinien przede wszystkim móc zdecydować lekarz, wybierając najlepszą dostępną opcję terapeutyczną dla danego pacjenta. W ostatnich latach doszło do rewolucji w leczeniu nowotworów. Leczenie onkologiczne, utożsamiane z wielogodzinnymi wlewami dożylnymi, ustępuje podskórnym formom podania terapii oraz technologiom doustnym (tabletkom). To pozwala ograniczać negatywne skutki leczenia onkologicznego dla życia zawodowego, społecznego i rodzinnego.

Niestety onkologia w Polsce charakteryzuje się niską skutecznością. Wskaźnik 5-letnich przeżyć z powodu nowotworów jest kilkanaście punktów procentowych niższy niż w państwach Europy Zachodniej. Dane wskazują również na rosnącą śmiertelność z powodu raka piersi, nowotworów ginekologicznych lub raka prostaty - to często zjawiska nieobserwowane w innych państwach. Przyczyn niekorzystnych zjawisk w onkologii jest wiele. Warto zwrócić uwagę na badania wskazujące na zależność pomiędzy sprawnością całego systemu opieki onkologicznej a opieką nad pacjentami w trudnej sytuacji społecznej i ekonomicznej. Nawet 24% zgonów z powodu nowotworów u kobiet i 46% zgonów u mężczyzn może być związana w Europie Środkowo-Wschodniej z nierównościami w dostępie do opieki. Powszechnie uważa się, że leczenie chirurgiczne w onkologii powinno odbywać się w ograniczonej liczbie ośrodków, jednak chemioterapia, radioterapia i rehabilitacja musi odbywać się blisko miejsca zamieszkania chorego. Tymczasem w wielu przypadkach pacjenci muszą daleko podróżować, a największe ośrodki mogą mieć kłopot z zapewnieniem opieki wszystkim potrzebującym. Projekt „Aktywne monitorowanie” jest wewnętrznym projektem NFZ mającym na celu wzmocnienie nadzoru merytorycznego nad systemem ochrony zdrowia m. in. poprzez regularną ocenę efektów wprowadzanych zmian, wykonywanie porównań między województwami i ośrodkami oraz wskazywanie perspektyw (długo i krótkookresowych). Celem działań jest zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta poprzez stopniową centralizację świadczeń chirurgicznych oraz promowanie wielodyscyplinarności i kompleksowości leczenia. W lipcu 2018 r. wprowadzono możliwość rozliczania świadczeń zabiegowych (katalog 3c) z uwzględnieniem współczynników korygujących dla świadczeniodawców, którzy wykonują określoną liczbę świadczeń w ramach pakietu onkologicznego. Progi liczbowe zostały zdefiniowane odrębnie dla grup wybranych grup nowotworów złośliwych i wynoszą: nowotwór złośliwy płuca - 70 zabiegów; nowotwór złośliwy pęcherza moczowego - 30 zabiegów; nowotwór złośliwy jajnika - 30 zabiegów; nowotwór złośliwy jelita grubego - 75 zabiegów; nowotwór złośliwy macicy - 60 zabiegów; nowotwór złośliwy nerki - 50 zabiegów; nowotwór złośliwy piersi - 250 zabiegów; nowotwór złośliwy gruczołu krokowego - 75 zabiegów; nowotwór złośliwy trzustki - 30 zabiegów; nowotwór złośliwy żołądka - 30 zabiegów; nowotwór złośliwy tarczycy i

przytarczyć - 75 zabiegów; nowotwór złośliwy OUN - 150 zabiegów oraz nowotwór złośliwy gardła i krtani - 50 zabiegów. Dodatkowo wprowadzono onkologiczne grupy JGP oraz kompleksową opiekę onkologiczną w leczeniu nowotworów jelita grubego oraz nowotworów piersi, które ujęto w raporcie.⁶ Poniżej przedstawiono wybrane obszary terapeutyczne w aspekcie niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych pacjentów onkologicznych w Polsce.

Medyczna Racja Stanu, wspólnie z Polską Koalicją Pacjentów Onkologicznych rozpoczyna we wrześniu 2023 r. kampanię „Tak dla zdrowia rodziny”.

3. Stanowiska prelegentów

W trakcie debaty, która odbyła się w trybie hybrydowym wypowiedzieli się eksperci kliniczni, urzędnicy, politycy, przedstawiciele pacjentów, autorytety moralne i eksperci systemowi. Poniżej przedstawiono stanowiska prelegentów w kolejności ich wypowiedzi.

Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia

Dzień dobry, witam Państwa na posiedzeniu i Spotkaniu Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu. Wiele kwestii czeka nas dzisiaj do poruszenia. Tematyka Spotkania Rady Ekspertów to profilaktyka chorób nowotworowych: edukacja; szczepienia; badania przesiewowe; nowoczesna diagnostyka: oszczędność cierpienia i środków budżetowych; planowane zmiany systemowe; miary postępu w onkologii: skuteczność, bezpieczeństwo, jakość życia z chorobą; programy lekowe, RDTL, Fundusz Medyczny – od założeń do praktyki; pacjent zagubiony w systemie, pacjent wykluczony; niezaspokojone potrzeby pacjentów onkologicznych; znaczenie skutecznej rehabilitacji dla jakości życia; troska o kondycję psychiczną chorych i ich bliskich; aktywne życie z chorobą oraz żywienie pacjenta. Mamy grono znakomitych gości i ekspertów, którym teraz oddajemy głos.



Krystyna Wechmann, Prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych oraz Federacji Stowarzyszeń Amazonki, członkini Krajowej Rady ds. Onkologii i Zespołu ds. Narodowej Strategii w Onkologii

Zdecydowaliśmy się rozpocząć kampanię pt. „Tak dla zdrowia rodziny”, ponieważ obserwujemy coraz bardziej niepokojące statystyki w zakresie profilaktyki chorób i szczepień ochronnych w Polsce. W związku z tym powołaliśmy do Rady Kampanii wielu znakomitych ekspertów. Poprosiliśmy o patronat honorowy Panią Prezydentową, Agatę Kornhauser-Dudę, która wspiera osoby zmagające się z diagnozą choroby nowotworowej. Zaczynamy od profilaktyki choroby nowotworowej, przełamując mit bezsilności i przypominając o postępie diagnostyki oraz terapii, ale też o mocy zapobiegania. Badania przesiewowe, szczepienia, testy w kierunku wirusów odpowiedzialnych za proces nowotworowy, ale i troska o harmonię emocji, prawidłowe odżywianie i odpowiednią dawkę ruchu – to także profilaktyka raka. Chcę zaznaczyć,



⁶ <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/monitorowanie/nowotwory-zlosliwe-koncentracja-leczenia-zabiegowego>

że inicjatorami kampanii są współtwórcy Medycznej Racji Stanu - prof. Leszek Czupryniak, Anna Jasińska, prof. Paweł Kowal, dr Janusz Meder, Grażyna Mierzejewska oraz dr Michał Sutkowski. Myślę, że kampania, która rozpocznie się we wrześniu 2023 r. będzie miała bardzo szeroki zasięg. Wiemy, że zaangażowanie Amazonek w działania w zakresie profilaktyki jest bardzo duże. 7 października 2023 r. rozpoczniemy po pielgrzymce Amazonek na Jasną Górę wielką konferencję, w której zasiądą znakomici prelegenci. Chcę podziękować wszystkim ekspertom, którzy już odpowiedzieli na nasz apel i przystąpili do Rady Programowej.

Chciałabym poruszyć temat znaczenia diagnostyki w onkologii, ze szczególnym uwzględnieniem diagnostyki molekularnej. Wraz z nieustającym rozwojem medycyny, diagnostyka molekularna zaczyna odgrywać coraz ważniejszą rolę w onkologii oraz w chorobach rzadkich. Dzięki precyzyjnemu oznaczeniu mutacji i podtypu nowotworu, lekarze zyskują możliwość zastosowania innowacyjnych terapii celowanych. Tym bardziej, że wiemy, jak dużo w ostatnim czasie innowacyjnych leków zostało zrefundowanych, niestety wiele ośrodków, gdzie zgłaszają się kobiety np. z rakiem piersi nie ma możliwości takiego leczenia. Są dwie przyczyny, albo nie ma laboratorium diagnostyki molekularnej, albo dany szpital nie ma podpisanego kontraktu. To musi być jak najszybciej uregulowane. Od pewnego czasu możemy zaobserwować, że jest podejmowany temat diagnostyki molekularnej w przestrzeni publicznej przez ekspertów medycznych, decydentów, parlamentarzystów, dziennikarzy czy organizacje pacjenckie, czego efektem są projekty rozwiązań. Wiem że kilka miesięcy temu Prof. Piotr Rutkowski przesłał do Ministerstwa Zdrowia projekt proponowanych zmian, a dobra wiadomość jest taka, że do 30 września 2023 r. AOTMiT ma przygotować opinię, które badania z zakresu diagnostyki molekularnej powinny znaleźć się w koszyku świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ. Bardzo cieszy mnie ten fakt, ponieważ po spotkaniu z Panią Prof. Anną Latos-Bieleńską, konsultant krajową w dziedzinie genetyki klinicznej, wiem, że diagnostyka genetyczna jest konieczna w procesie reformy onkologii w Polsce. Został opublikowany raport z zakresu diagnostyki molekularnej w leczeniu nowotworów. Dokument zawiera konkretne wskazówki i rozwiązania, które mogą być ważnym źródłem wiedzy przy systematycznym rozszerzaniu dostępu do diagnostyki molekularnej. Jako prezes organizacji, która aktywnie działa na rzecz pacjentów z chorobami onkologicznymi, mam nadzieję, że wkrótce doczekamy się kolejnych postępów i pozytywnych zmian w tym obszarze. Podobnie jak w kwestii testów HPV/ DNA.

Prof. Paweł Kowal, przewodniczący zespołu Parlamentarnej ds. Europejskiej Unii Zdrowotnej

Moim zdaniem konieczne jest zacieśnienie współpracy na poziomie Unii Europejskiej w celu leczenia i zapobiegania chorobom nowotworowym. W ten sposób walka z rakiem będzie efektywniejsza. Kiedy czytam, jak została wprowadzona Krajowa Sieć Onkologiczna, widzę wiele krytycznych opinii, także w zakresie braku „raportu otwarcia”. Pytanie jest takie, czy można jeszcze coś zrobić, żeby wypełnić tę lukę, która powstała, bo tak naprawdę nie wiemy, od czego zaczynamy. To, co się wybija w kampanii społecznej, to kwestia samej frazy – bezpieczeństwo onkologiczne. Dzisiaj ze wszystkich badań opinii publicznej wynika, że kwestia bezpieczeństwa jest sprawą kluczową. Ludzie oczywiście rozumieją bezpieczeństwo jako bezpieczeństwo granicy, finansowe czy zdrowotne. Myślę, że ukształtowało się już takie myślenie, że punktowo podchodzimy do rozwiązywania problemów ochrony zdrowia w tym sensie, że wskazujemy bardzo precyzyjne cele. Jeśli to jest bezpieczeństwo onkologiczne, to wszyscy powinniśmy przyzwyczaić społeczeństwo, że jest taka kategoria i ona ma swoje instrumenty do



realizacji. Teraz przechodzę do pytań, bo dzisiaj trochę nietypowo, będę je stawiał. W jaki sposób wspierać akcje profilaktyczne w onkologii? Czy legislacja może tu pomóc? Przygotowując się do dzisiejszego spotkania, czytałem dużo krytycznych uwag na temat kwestii szczepień HPV oraz programu Profilaktyka 40+. Można trochę to zrzucić na fakt zaistnienia pandemii COVID-19. Mamy wciąż o 15 proc. zgonów więcej w Polsce z powodu raka. Rak jest również największym zabójcą, jeśli chodzi o wiek produkcyjny Polaków. Dla polityków wynika z tego zadanie na przyszłość. Pytanie, czy problem tkwi w naszych przyzwyczajeniach czy można go jeszcze rozwiązywać zmieniając ustawodawstwo. Przypomnę, że w ostatnich latach na świecie umieralność na choroby nowotworowe zmniejszyła się o 30 proc. Natomiast w Polsce wyniki leczenia w najważniejszych nowotworach są gorsze o 10-15 punktów procentowych. Może warto przyjrzeć się inicjatywie amerykańskiej, czyli „Cancer Moonshot”, Europejskiemu Planowi Walki z Rakiem (Europe’s Beating Cancer Plan) oraz brytyjskiemu Funduszowi Walki z Rakiem (Cancer Drug Fund). To są trzy rozwiązania systemowe, które mogą pomóc rozwiązać problem w ochronie zdrowia w obszarze onkologii. W przypadku Europejskiego Planu Walki z Rakiem chodzi o działania z poziomu integracji europejskiej. Dostrzegam sceptycyzm przed rozwiązaniami na poziomie europejskim. Ci, którzy są sceptyczni, co do samej integracji, widzą w tym kolejne kompetencje przekazane na poziom unijny. W USA, mimo że obserwuje się tam bardzo wysoki sceptycyzm dotyczący budowania nowych rozwiązań na poziomie federalnym, kwestię walki z rakiem rozwiązuje się właśnie na tym poziomie. W całym tym procesie kluczowe jest partnerstwo publiczno-prywatne. Jeśli chcemy osiągnąć wyższą efektywność i inspirujemy się wspomnianymi trzema programami walki z rakiem, to musimy wszyscy współpracować. Aby chronić interes publiczny, w grę wchodzi tylko silni partnerzy. W przypadku USA, jest to rząd federalny, w przypadku Unii Europejskiej, jest to Komisja Europejska. Większość państw członkowskich UE nie byłaby w stanie podołać budowaniu realnego partnerstwa, jeśli chodzi o kwestie polityczne, a także wynikające z tego kwestie finansowe. To jest też mocny argument za Europejską Unią Zdrowia. Dlatego trzeba się zdecydować na głębszą europejską integrację w obszarze ochrony zdrowia.

Prof. Piotr Rutkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Chciałem ocenić zmiany systemowe, które są wprowadzane w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO). Są to działania, które mają gwarantować bezpieczeństwo polskiej onkologii w wymiarze diagnostyki, profilaktyki i leczenia, czyli dostępności do innowacyjnych terapii. Bezpieczeństwo onkologiczne w Polsce, to przede wszystkim monitorowanie systemu opieki onkologicznej w zakresie wyników i jakości. Jak Państwo wiedzą, Krajowa Sieć Onkologiczna (KSO), która jest elementem Narodowej Strategii Onkologicznej, a także ustawa o jakości, która ostatnio weszła w życie, zakładają, że będziemy monitorować wyniki i bezpieczeństwo chorego, które są głównymi elementami postępu w opiece onkologicznej. W ramach KSO są ustalone wskaźniki, a my jako Narodowy Instytut Onkologii będziemy pełnić funkcję krajowego ośrodka monitorującego. Mam już stworzony zespół, który będzie wszystkie parametry analizował na poziomie ogólnopolskim i przekazywał je do MZ i NFZ. W ten sposób, po raz pierwszy będziemy wiedzieć, co się dzieje, również na poziomie pojedynczych jednostek służby zdrowia. To jest kompatybilne z ustawą o jakości, bo wskaźniki i parametry są zbliżone. W związku z tym, w ramach KSO będziemy mieli dane rzeczywiste w czasie rzeczywistym. To jest pierwszy ważny element. Druga rzecz, to jest gromadzenie danych, czyli różnego rodzaju analizy, co mamy wpisane w KSO. W Polsce nie wiemy, jaka jest rzeczywista skuteczność innowacyjnych terapii. Kilka krajów Europy Zachodniej



monitoruje to na bieżąco. Tak robi Holandia, Niemcy, kraje skandynawskie, które wiedzą, jak wygląda rzeczywista skuteczność stosowanych technologii medycznych. Nie tylko technologii lekowych, lecz także wyrobów medycznych. Wchodzą do praktyki klinicznej nowe technologie, np. robotowa, dla której brakuje adekwatnej liczby badań klinicznych, które nam mówią, jak wygląda ocena tych działań.

Trzecia rzecz, która przekłada się na bezpieczeństwo onkologiczne, to jest prewencja pierwotna, czyli edukacja obywateli jako zdrowych ludzi. Edukacja na temat tego, jak powinniśmy żyć, żeby nie zachorować na nowotwór albo, żeby jak najwcześniej wykryć nowotwór. Wiemy, że o ok. 50 proc. możemy zmniejszyć ryzyko zachorowania na nowotwór prowadząc zdrowy tryb życia. To nie jest trudne, bo wystarczy nie palić papierosów, ograniczyć alkohol, jeść zgodnie z piramidą zdrowego żywienia i wdrożyć aktywność fizyczną. To nie są niemożliwe do wdrożenia zalecenia, ale jak się patrzy, jakie są zaległości w Polsce, to widać, że to w tę stronę jednak nie poszło. Mimo, że do szkół wprowadzono nowe poradniki i nowe wytyczne, co do jadłospisów. Przygotowaliśmy również programy edukacyjne dla szkół. Cały czas to nie jest wdrożone. To jest tylko czasem realizowane na godzinach wychowawczych. Nadal nie ma „godziny dla zdrowia”, która kompleksowo obejmowałaby wiedzę o naszym zdrowiu.

Przyczyny wielu nowotworów są wspólne dla chorób kardiologicznych, diabetologicznych, pulmonologicznych itd. Kluczowe są również szczepienia ochronne. Olbrzymim sukcesem jest zrefundowanie szczepienia w kierunku HPV, ale ich wykonalność jest w tej chwili na poziomie tylko 100 tys. zaszczepionych dzieci. Pomimo, że mamy bardzo szeroką sieć ośrodków, gdzie można się zaszczepić. Wszyscy, włącznie z Państwem głośno domagali się dostępności do tych szczepień, ale niestety nie przekłada się to na rzeczywistość zaszczepionych. Podobnie jest w zakresie programów wykrywalności HCV. Apeluję o to, ponieważ jest to nasze działanie prospołeczne. O tym należy mówić wszędzie, mam nadzieję, że w szkołach także, bo zostały przekazane do szkół informacje na temat dostępności szczepień HPV. Nie wiem, czy będą szczepienia w szkołach, bo to wymaga ustaleń między resortami. Wiele krajów, które osiągnęły sukces szczepienia 12-13-latków, wprowadziło szczepienia przeciwko HPV również w szkołach. Bezpieczeństwo onkologiczne, to dbanie także o dodatkowe rzeczy, jak np. sytuacja zakażeń i szczepień przeciwko COVID-19. Jesienią pojawi się również ryzyko zachorowania na COVID-19, szczególnie chorych onkologicznie w trakcie leczenia systemowego. Nie mamy dostępu do skutecznego leku doustnego na poziomie szpitali oraz na poziomie POZ i AOZ.

Następnym elementem tej układanki jest uczestnictwo w przesiewowych badaniach onkologicznych. W Polsce, mimo kampanii „Planuję długie życie”, gdzie przekazywano dodatkowe informacje w ramach internetowego konta pacjenta, cały czas na te badania zgłaszalność jest słaba. Musimy też wprowadzić nowe rozwiązania propacjenckie, jak np. test HPV, zamiast standardowej cytologii przy profilaktyce raka szyjki macicy, ale również monitorowanie tych programów. W tej chwili nie mamy monitorowania przesiewowego badania w kierunku wykrycia raka jelita grubego, które przeszło do finansowania NFZ. Zgłaszalność do tego programu jest bardzo niska. W Danii, w programie profilaktycznym na raka jelita grubego partycypacja obywateli jest na poziomie ponad 65 proc. obywateli. Będziemy o tym mówić, jako Polskie Towarzystwo Onkologiczne, bo przygotowaliśmy dane dotyczące tego zjawiska, abyśmy mogli zmniejszyć liczbę zgonów z powodu tego nowotworu. Nie mamy cały czas refundowanego testu FIT, który jest testem bezinwazyjnym i bardzo pomaga w realizacji profilaktyki raka jelita grubego.

W ramach NSO i KSO będą realizowane najważniejsze zmiany organizacyjne i monitorowanie systemu. Pierwszy element - monitorowanie systemu, jeśli chodzi o opiekę onkologiczną w czasie rzeczywistym. Niezależnie, kto będzie rządził, wszystkim to będzie potrzebne. Onkologom bardzo zależy

na monitorowaniu, profilaktyce i edukacji. Myślę, że będzie się w tym temacie toczyć szeroka dyskusja. W zakresie problemu raportu otwarcia, mogę zapewnić, że podczas spotkań, które odbywamy w ramach dyskusji o Krajowej Sieci Onkologicznej było raportowanych znacznie więcej szczegółowych danych. Uważam, że powinna być pewna transparentność danych i z tego, co wiem, dane kliniczne były przygotowane w innej formie, ale nie widziałbym w tym wielkiego problemu. Po pierwsze, o ile Państwo wiedzą, pilotaż był organizowany podczas pandemii COVID-19. W związku z tym, uważam że te dane nie są do końca wiarygodne z przyczyn zewnętrznych. Uważam, że powinny one być dostępne, nie ma co do tego wątpliwości, ale nie są one wiążące. Ustawa o KSO wyznacza ramy, nie chodzi o zmiany legislacyjne, a raczej o rozporządzenia wykonawcze. Tutaj się zgadzam. Od dłuższego czasu apelujemy, że Internetowe Konto Pacjenta każdy z obywateli powinien mieć. To powinna być skrzynka do kontaktu i dbania o swoje zdrowie, powinna zawierać wszystkie informacje w sposób elektroniczny. W dzisiejszych czasach nie jest trudno powiedzieć, że nie wykonała Pani mammografii w ciągu ostatnich dwóch lat i serdecznie Panią zapraszamy na to badanie. Możemy przesłać informację, gdzie należy się zgłosić, żeby takie badanie wykonać. To nie jest trudne na poziomie całego kraju, żeby taki mechanizm elektroniczny zorganizować.

W zakresie edukacji zdrowotnej, współpraca z Ministerstwem Edukacji i Nauki byłaby bardzo korzystna i owocna. To nie jest tak, że lekarze onkolodzy, których w sumie jest ok. 3 tys. naprawią i rozwiążą wszystkie problemy onkologii w Polsce, jeśli chodzi o profilaktykę i inne działania. Wsparcie onkologii i permanentne działanie Komisji Zdrowia i Podkomisji ds. Onkologii w Sejmie RP jest konieczne. Zachorowania na choroby onkologiczne są głównym problemem zdrowotnym, jeśli chodzi o następstwa tej chorobowości. Następstwa ekonomiczne są największe w przypadku nowotworów, koszty leczenia zaawansowanych nowotworów są największe, a liczba zgonów za chwilę przewyższy liczbę zgonów z powodu chorób kardiologicznych.

Posel Barbara Dziuk, Komisja Zdrowia oraz Podkomisja stała do spraw onkologii

Przez ostatnich kilka lat działaliśmy wszyscy bardzo prężnie, żeby zapewnić bezpieczeństwo onkologiczne Polek i Polaków. Jestem pod wrażeniem Krajowej Sieci Onkologicznej, jako systemowego podejścia do diagnostyki i leczenia oraz zajęcie się pacjentem, od momentu rozpoznania przez przeprowadzenia całego procesu leczenia, aż do rehabilitacji leczniczej. Byłam w kilku ośrodkach onkologicznych z rekomendacji Narodowego Instytutu Onkologii i widzę, że to dobrze się sprawdza w praktyce. Wiadomo, że czynnik ludzki jest najważniejszy. Reforma onkologii w Polsce zależy również od tych, którzy koordynują leczenie i wszelkie działania układają z poszczególnym pacjentem. Tutaj mogą być minimalne problemy, tak jak we wszystkim, bo wszyscy jesteśmy ludźmi i zdarzają się lepsze lub gorsze dni. Jeżeli chodzi o działania systemowe, chciałam bardzo podziękować wszystkim, którzy współtworzyli Narodową Strategię Onkologiczną. Dzięki temu, że mogliśmy dyskutować z organizacjami pacjenckimi, klinicystami i ekspertami wypracowaliśmy bardzo dobre polskie standardy, na poziomie tych europejskich. Ale musimy iść do przodu, aby realizować bezpieczeństwo zdrowotne, które często podkreślam. Bezpieczeństwo zdrowotne, to jest bezpieczeństwo gospodarcze oraz bezpieczeństwo i komfort życia dnia codziennego pacjentów. Naszym celem są jak najlepsze standardy. A te standardy możemy osiągać poprzez realizację szeroko rozumianej profilaktyki. Mamy programy „Profilaktyka 40 plus”, gdzie zawsze podkreślam zaangażowanie POZ. Aktualnie opracowuję mechanizm, który wspiera POZ w realizacji tych działań.



To ma być forma gratyfikacji, dla tych ośrodków, które te programy realizują. Dlatego musimy wszyscy współpracować. Tylko poprzez wzmocnienie profilaktyki, jesteśmy w stanie zapobiegać rozwojowi chorób cywilizacyjnych.

Bardzo ważna jest również rehabilitacja przed, w trakcie i po leczeniu onkologicznym. Jest ona często pomijana w naszych działaniach. Mówimy o indywidualnym, dedykowanym leczeniu pacjenta, natomiast w tym wszystkim musi funkcjonować rehabilitacja lecznicza. Opieka psychologiczna i rehabilitacja jest bardzo ważna w procesie powrotu pacjenta onkologicznego do życia społecznego. Według statystyk coraz młodsze osoby chorują na nowotwory. Dlatego musimy wiele zrobić, aby tym ludziom pomóc, przede wszystkim w przewyżnianiu barier, które następują po przebytej chorobie i powrocie tej osoby do pracy.

Istotnym elementem jest ogniwo Ministerstwa Edukacji i Nauki, które może, poprzez wprowadzenie obowiązkowej „godziny dla zdrowia” edukować młode pokolenie w zakresie dobrych nawyków odnośnie żywienia, jak i później odnośnie zagrożeń związanych z przyjmowaniem używek, które są bardzo niekorzystne dla organizmu. Swego czasu realizowałam taki projekt w szkołach średnich. Cieszył się dużym uznaniem wśród nauczycieli. Marzy mi się stworzenie płaszczyzny współpracy z nauczycielami odpowiedzialnymi nie tylko za naukę, lecz także za zdrowie młodego pokolenia. To jest moje marzenie i mam nadzieję, że z Państwem je zrealizuję. Pamiętam, gdy miałam małe dzieci, to wspinała nauczycielki z przedszkola pomagały dzieciom przyswajać dobre odżywianie. Przygotowywały razem z dziećmi sałatki jarzynowe, a nie słodczyce i do dzisiaj moje dzieci mają w nawykach jedzenie naturalne. Bo co innego, jak mama podaje posiłki na co dzień, a inaczej to funkcjonuje, jak pokaże to nauczycielka, która jest wielkim autorytetem dla tak małego człowieka. Chciałam również pochwalić programy, takie jak „Mam haka na raka”. One muszą być powtarzane. Powinniśmy zacząć mówić o zdrowiu językiem młodych ludzi i przełamywać bariery edukacyjne. Warto zaprosić na Medyczną Rację Stanu przedstawicieli młodego pokolenia zaangażowanego w profilaktykę, żeby przekazali nam wskazówki, jak do nich docierać z przekazem prozdrowotnym. Myślę, że młode pokolenie ma dużo do zaoferowania, wiele nowych rozwiązań np. w postaci różnych aplikacji w telefonie. Cyfryzacja idzie do przodu, co mnie też bardzo cieszy, bo sama byłam zwolennikiem ucyfrowienia systemu ochrony zdrowia. E-recepta, czy e-zwolnienie, to są bardzo ważne narzędzia, ale my musimy iść dalej. Dokumentacja pacjenta musi być dobrze poukładana, zabezpieczona tak, aby było wiadomo, jakie leki można stosować, bo czasami nie ma komunikacji między lekarzami różnych profesji i to może szkodzić pacjentom. Mamy co robić, jest wizja i są chęci, a teraz myślę, że musi być też iskra, która zapali wszystkich do tego, żeby były dobre decyzje. Myślę, że razem jesteśmy w stanie to zrobić i pokonać wszelkie bariery, które czasami są sztuczne i niepotrzebne.

Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w BRPO, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia, Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich

Jako przedstawiciel Rzecznika Praw Obywatelskich, pragnę podkreślić, że największą wiedzę, z której należy czerpać na temat funkcjonowania

całego systemu ochrony zdrowia, posiadają pacjenci i oni są najważniejsi. Szereg problemów, które związane są z bezpieczeństwem zdrowotnym i onkologicznym jest zgłaszanych przez pacjentów



regularnie do Rzecznika Praw Obywatelskich. Cieszę się, że dzisiaj mogę przedstawić sytuację chorych na choroby nowotworowe z perspektywy skarg skierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich przez pacjentów, organizacje pacjenckie, ale również przez lekarzy. Przygotowując się do tego spotkania, starałem się wybrać kwestie najistotniejsze, jednak jest ich na tyle dużo, że postanowiłem skupić się na sygnalizacji problemów, bez szerszego omawiania. Chodzi o to, żeby te problemy nagłośnić. Jest to ponad dziesięć kwestii, czyli taki „Program 10 Plus”, co do tego, co należałoby zrobić bądź, co jest od lat sygnalizowane przez Rzeczników kolejnych kadencji, a nie zostało zrealizowane. Wybór tematów i ich kolejność nie odzwierciedla hierarchii danego problemu.

Kwestią bardzo istotną, o której mało się mówi jest stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów na oddziałach niepsychiatrycznych, w karetkach pogotowia, czy też w hospicjach. Dotyczy to również pacjentów onkologicznych, co jest powszechnie akceptowane przez środowisko lekarskie. Stosowanie takich środków wobec tych osób, nie znajduje uzasadnienia w porządku prawnym, ponieważ tylko w przypadku osób w kryzysie choroby psychicznej mamy ustawę o ochronie zdrowia psychicznego regulującą zasady i tryb stosowania środków przymusu bezpośredniego. Tematyka ta jest bardzo istotna, dlatego też była przedmiotem ostatniego połączonego posiedzenia Komisji ds. Zdrowia oraz Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy RPO. W konsekwencji Rzecznik Praw Obywatelskich skierował wystąpienie w tej sprawie do Ministra Zdrowia. Obecnie oczekujemy na odpowiedź.

Kolejny problem, niedawno bardzo głośny, to wystawianie e-recept na leki psychotropowe, w tym środki odurzające. Dokonana nowelizacja miała na celu wyeliminowanie niewątpliwych nadużyć związanych z wystawianiem samych e-recept w ramach funkcjonowania tzw. e-receptomatów, co w ocenie Rzecznika jest celem w pełni uzasadnianym, leżącym w interesie publicznym i samych pacjentów. Tym niemniej z uwagi na to, że nie do końca to zostało przemyślane i nie uwzględniono sygnałów płynących ze strony środowiska lekarskiego, spowodowało wszystkim znane zaburzenia w dostępie do leków. Ta nowelizacja nie dotyczyła tylko leków psychotropowych, ale również silnych leków przeciwbólowych stosowanych do leczenia osób chorych onkologicznie, neurologicznie czy przebywających w hospicjach. RPO otrzymywał sygnały, że osoba nie może nigdzie otrzymać leku, a musi go przyjąć, bo nie jest w stanie wytrzymać bólu. Kolejna sprawa, która dotyczy również e-recept, to wprowadzenie limitu, który spowodował z dnia na dzień, że pacjenci nie mogli otrzymać recept. Tu Rzecznik prowadził korespondencję najpierw z departamentem w resorcie zdrowia, a następnie z samym Ministrem Zdrowia. Rzecznik stoi na stanowisku, że Minister nie miał podstawy prawnej do wprowadzenia takiego ograniczenia. Interpretacja przedstawiona przez Ministerstwo Zdrowia, gdzie zostało przedstawionych szereg przepisów na poparcie działania resortu zdrowia. Są to jednak przepisy ustrojowe, które nie uprawniają Ministra Zdrowia do wydania takiego rozporządzenia, co jest dopuszczalne np. w przypadku leków psychotropowych. Tam jest podstawa prawna w ustawie do regulacji tego problemu.

Następna kwestia, którą Rzecznik się zajmował, kierując wystąpienie do Ministra, to wydłużanie się kolejek do radioterapii. Po zmianie przepisu, czas oczekiwania na radioterapię znacznie się wydłużył. W przypadku osób chorych onkologicznie wynika to ze swego rodzaju luki w prawie, która umożliwia różną interpretację przepisu. Dochodzi do tego niedobór lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie fizyki medycznej. Tutaj Rzecznik dostaje sygnały, że to rozporządzenie może spowodować drastycznie zmniejszenie liczby lekarzy mogących proponować taki proces leczenia. To spowoduje, że nie tylko wydłuży się proces oczekiwania na radioterapię, ale i sama możliwość zainicjowania tego leczenia.

Kolejna kwestia, to problem zaspokojenia potrzeb żywieniowych pacjentów onkologicznych. Gdy toczyły się prace nad Krajową Siecią Onkologiczną, wówczas Rzecznik zgłosił uwagi do kwestii żywienia pacjentów onkologicznych. W tym zakresie, niestety nie udało się nic zmienić na korzyść. Dostaliśmy tylko informację, że zostaną w przyszłości podjęte działania.

Następny problem to dostęp pacjentów onkologicznych do leczenia w ramach Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych (RDTL). Z przykrością Rzecznik konstatuje, iż mimo że całe środowisko pacjenckie i lekarskie wiązało wielkie nadzieje z instytucją RDTL, to niestety poprzez redukcję możliwości uzyskania leku w ramach tej procedury poprzez określone wyłączenia, instytucja ta stała się instytucją fikcyjną.

Pojawiają się również inne kwestie, w ramach np. Profilaktyki 40+, gdzie była zgłaszana kwestia, że mężczyźni mają gwarantowany dostęp do markerów nowotworu prostaty, a kobiety nie miały dostępu do nowoczesnego badania wykrywającego nowotwory kobiece. Tutaj też zgłaszaliśmy ten problem do Ministra Zdrowia.

Problemem istotnym były braki leków dla chorych onkologicznie, co szeroko komentowano w mediach. Słynna sprawa braku morfiny w aptekach, gdzie pracownicy hospicjów byli proszeni, żeby się dzielili z tymi chorymi, którzy tej morfiny nie mieli. Podobna kwestia była w przypadku maści stosowanej w nowotworach skóry, gdzie ten lek był również niedostępny.

W ocenie Rzecznika nadal występuje utrudniony dostęp do leczenia osób chorych onkologicznie. Te osoby, które są już w stanie zaawansowanej choroby, które powinny mieć prawo do odejścia w godnych warunkach nie mogą się dostać również do hospicjów. W tym zakresie Rzecznik od lat podejmował działania. Z tych skarg dotyczących funkcjonowania systemu wynika, że pomimo prób naprawy, nadal jest on niedofinansowany i w wielu przypadkach nie spełnia możliwości wczesnego wykrywania nowotworów i wdrożenia odpowiedniego leczenia. Oczywiście pamiętamy o tym, że mamy dług pandemiczny zwłaszcza w kwestii nowotworów i to będzie powodowało, że będą się nadal zgłaszali pacjenci do leczenia w zaawansowanych stadiach nowotworów.

Kwestie, które ostatnio znowu zaczęły do Rzecznika służyć, to wspomagające żywienie kliniczne w leczeniu chorych na nowotwory. Był to temat omawiany na jednej z MRS i dotyczył zaburzeń żywienia chorych pacjentów onkologicznych. Te problemy w dużym stopniu nie zostały rozwiązane. Pacjent tak naprawdę pozostaje sam ze sobą.

Na koniec podkreślenia wymaga, że konieczna jest zmiana myślenia o profilaktyce w chorobach nowotworowych. Należy się badać, by się nie bać nowotworu, a nie bać się samego badania.

Minister Grzegorz Błazewicz, Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta

Chciałbym przedstawić perspektywę Rzecznika Praw Pacjenta (RPP) w zakresie najpilniejszych wyzwań w obszarze bezpieczeństwa polskich pacjentów onkologicznych. W ostatnich latach leczenie i diagnostyka pacjentów onkologicznych ulegały istotnym zmianom. Decydenci podejmowali istotne działania, aby sytuacja tych pacjentów była coraz lepsza. Ale nie ma co ukrywać, jest jeszcze wiele do zrobienia. Wydaje się, że w dalszym ciągu należy podejmować działania systemowe, aby poprawić opiekę w tej grupie chorych. Do



działań, które były podejmowane, można zaliczyć zmianę organizacji świadczeń poprzez wprowadzanie tzw. unitów narządowych oraz wdrażanie Krajowej Sieci Onkologicznej. Poprawiło się stosowanie medycyny personalizowanej, poprzez refundację innowacyjnych leków w programach lekowych. Od 1 września 2023 r. zacznie obowiązywać nowa lista refundacyjna, która zakłada refundację nowych terapii dla pacjentów z rakiem płuca, nerki, przełyku, chłoniakiem, rakiem rdzeniastym tarczycy czy rakiem endometrium. Rzecznik Praw Pacjenta w tych wszystkich obszarach aktywnie działał, blisko współpracując z organizacjami pacjenckimi. Pomimo działań na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej pacjentów onkologicznych, Rzecznik Praw Pacjenta od kilku lat obserwuje zbliżoną liczbę zgłoszeń dotyczących problemów tej grupy pacjentów. W 2021 r. takich zgłoszeń było blisko 1 800. W 2022 r. przekroczyliśmy nieznacznie liczbę 1 800 zgłoszeń. Natomiast w okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2023 r. wpłynęło do nas 886 zgłoszeń dotyczących onkologii, ale chciałbym zaznaczyć, że to są tylko zgłoszenia telefoniczne. Widzimy, że liczba wpływających do Rzecznika zgłoszeń się nie zmienia i oscyluje w podobnych granicach. Należy jednak podkreślić, że zdecydowanie większa liczba zgłoszeń dotyczy opieki ambulatoryjnej. Bardzo często też zgłaszany jest problem zbyt długiego oczekiwania na leczenie szpitalne. Pacjenci zgłaszają także zastrzeżenia, co do jakości leczenia, braku kompleksowości udzielanych świadczeń czy odmów przyjęcia do ośrodka klinicznego. Liczba chorych na nowotwory w Polsce i na świecie rośnie. Szczególnie niepokojące są statystyki wskazujące na stały wzrost zachorowań onkologicznych u pacjentów poniżej 50 r.ż.

Każdy pacjent oczekuje świadczeń zdrowotnych łatwo dostępnych, kompleksowych i wysokiej jakości. Te trzy elementy muszą wystąpić łącznie, abyśmy mogli mówić o satysfakcji pacjenta z leczenia. Wszystkie nasze działania powinny koncentrować się na poprawie sytuacji indywidualnego pacjenta. On w systemie musi się czuć bezpiecznie i musi się czuć zaopiekowany. Oczywiście trudno zmieniać sytuację indywidualnego pacjenta bez zmian systemowych. Dzięki takim inicjatywom jak Medyczna Racja Stanu możemy promować rozwiązania zmierzające do optymalizacji systemu, za co jeszcze raz Państwu dziękuję. Chciałbym podkreślić, że wszyscy pacjenci mogą liczyć na pomoc i wsparcie Rzecznika Praw Pacjenta.

Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego NIO-PIB

Tradycyjna opieka onkologiczna zaniedbuje problemy psychiczne, koncentrując się na natychmiastowych wynikach onkologicznych i rehabilitacji fizycznej. Człowiek, który otrzymuje diagnozę raka przeżywa silne emocje niepokoju i lęku o swoje zdrowie i życie. Z psychologicznego punktu widzenia jest to pierwszy moment, w którym osoba chora powinna mieć dostęp do psychologa. Tym bardziej, że coraz więcej ludzi ma poważne problemy w zakresie zdrowia psychicznego i w obliczu choroby onkologicznej stan ten może istotnie się pogorszyć. W wielu badaniach podkreśla się, że lęk i depresja wiążą się z cierpieniem i wyraźną niepełnosprawnością, gorszą jakością życia (QoL), nasileniem objawów fizycznych (np. bólu lub nudności), nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza, zwiększonym ryzykiem samobójstwa. Dlatego też według rekomendacji ASCO badania przesiewowe w kierunku objawów depresyjnych i lękowych należy wykonywać okresowo u wszystkich chorych onkologicznych. Ważnym problemem w opiece psychologicznej osób chorych na raka jest dostęp do psychologa w trakcie leczenia i po jego zakończeniu. W Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie mamy możliwość pomocy



psychologicznej w warunkach ambulatoryjnej, gdzie jesteśmy w stanie zaproponować różne formy pomocy, m in. interwencje kryzysową, przez poradę psychologiczną, psychoterapię indywidualną i rodzinną. Ponadto nieodzowną pomocą dla wielu osób chorych jest wsparcie pracownika socjalnego. Mówiąc o problemach psychicznych osób chorych onkologicznie nie można pominąć opieki psychiatrycznej, która w wielu przypadkach stanowi główną formę pomocy w zakresie zdrowia psychicznego. Od pandemii COVID-19 mamy trudność w całej Polsce w zatrudnieniu lekarzy psychiatrów do Poradni Zdrowia Psychicznego i konsultacji psychiatrycznych w warunkach szpitalnych. Jest to bardzo poważny problem dla wielu szpitali, które leczą pacjentów chorych somatycznie. Szukając różnych rozwiązań tego problemu i opierając się na doniesieniach naukowych wprowadzamy w Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie prehabilitacje, dzięki której osoba chora od momentu otrzymania diagnozy zostanie objęta pomocą psychologa, rehabilitanta i dietetyka. Nadrzędnym celem pomocy psychologicznej w ramach prehabilitacji jest ocena funkcjonowania osoby chorej na poziomie radzenia sobie ze stresem, co jest możliwe po wykonaniu standaryzowanych testów psychologicznych, w kierunku ewentualnych problemów w zakresie zdrowia psychicznego, jak również zasobów psychicznych, którymi osoba chora dysponuje. Pogłębiony wywiad psychologiczny pozwala również ustalić potrzeby pacjenta na poziomie psychospołecznym.

*dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, Przewodniczący Rady
Przejrzystości AOTMiT, Przewodniczący Krajowej Rady
Onkologicznej, Dyrektor Dolnośląskiego Centrum
Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu*



Chciałbym dzisiaj przedstawić aktualne wyzwania z zakresu bezpieczeństwa onkologicznego w Polsce z perspektywy członka zespołu uczestniczącego w procesie wdrażania zmian organizacyjnych w opiece onkologicznej. Idealnym rozwiązaniem w zakresie wdrażania nowych regulacji jest odniesienie się do raportu otwarcia, należy jednak podkreślić, że na przestrzeni ostatnich lat opublikowano bardzo dużo raportów i dokumentów opisujących problemy z dostępem do opieki onkologicznej - np. raporty NIK poświęcone ocenie organizacji opieki onkologicznej. Polskie Towarzystwo Onkologiczne wydawało również własne raporty - białe księgi, opisujące trudności w dostępie do świadczeń w różnych typach nowotworów. Ważnym elementem tego typu opracowań jest możliwość odniesienia informacji w nim zawartych do standardów obowiązujących w innych krajach. Muszę przypomnieć, że niektóre ośrodki w Polsce, w tym nasz szpital, przeszły certyfikacje międzynarodowe w zakresie dostępu do kompleksowej opieki onkologicznej, w których zawsze ocenia się jakość opieki onkologicznej w porównaniu do opisywanych wcześniej standardów. Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej oparta jest o szereg doświadczeń wynikających z analizy wyników pilotażu. Udowodniliśmy w pilotażu, że da się skoordynować opiekę onkologiczną, że można pozyskać informacje o przebiegu ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjenta onkologicznego mimo, że ta ścieżka przebiega przez różne podmioty w systemie. Na Dolnym Śląsku zebraliśmy informacje od ponad 21 tys. pacjentów. Do pilotażu zgłosiło się 16 podmiotów i każdy z ośrodków, przynajmniej na początku trwania projektu, deklarował chęć zajmowania się pacjentami onkologicznymi. Sprawdziliśmy w pilotażu, co też zostało uwzględnione w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej, jak bardzo jest istotna standaryzacja poszczególnych procesów opieki onkologicznej. Dane, które są zbierane przez NFZ nie są odpowiednio zunifikowane i ich wartość analityczna na pewno jest niewystarczająca. Dzięki naszemu doświadczeniu będziemy mogli, wraz z wprowadzeniem KSO, w sposób jednolity zacząć zbierać dane. W tej chwili jest

przygotowywana modyfikacja karty DILO oraz repozytorium rozpoznań histopatologicznych. Przypomnę, że repozytorium jest przygotowywane do wdrożenia jeszcze w tym roku. Idea stworzenia repozytorium to efekt współpracy onkologów z patomorfologami. Szablony rozpoznań histopatologicznych zastosowane w repozytorium są oparte o międzynarodowe rekomendacje towarzystw naukowych i wykorzystywane były już w pilotażu KSO. To, co jest też istotne, to fakt, że od początku pilotażu KSO monitorowaliśmy poziom satysfakcji pacjentów – pacjenci dostrzegali korzyści z poprawy organizacji opieki onkologicznej. Bardzo dobrze, że taki pilotaż został przeprowadzony, ponieważ szereg rzeczy, które wydawało nam się łatwe do wprowadzenia można było dodatkowo sprawdzić, by wyeliminować problemy w procesie wdrażania ustawy o KSO w całej Polsce. Jednym z najważniejszych wniosków z pilotażu jest to, że wskaźniki jakościowe należy wprowadzać bardzo ostrożnie i skupiać się trzeba w pierwszej kolejności na monitorowaniu procesu rzetelnej realizacji standardów związanych z organizacją konsyliów wielodyscyplinarnych. Wprowadzenie kontroli jakości procedur onkologicznych w Polsce jest dużym wyzwaniem, ale moim zdaniem to jedyna droga do poprawy wyników populacyjnego leczenia onkologicznego w Polsce.

Prof. Maciej Krzakowski, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, Prezes PTOK

Chciałbym wskazać, co dziś jest niezbędne w sferze systemowej i w sferze klinicznej, aby polscy pacjenci byli skutecznie diagnozowani, a czas do skutecznej interwencji terapeutycznej był jak najkrótszy. Zaczę od organizacyjnych aspektów, które są bardzo ważne. Myślę, że trzeba doprowadzić do poprawy sytuacji kadrowej w onkologii. Mam na myśli zarówno zwiększenie liczby lekarzy, pielęgniarek, jak i personelu pomocniczego, czyli wykwalifikowanych sekretarek medycznych i koordynatorów. Jeśli chodzi o lekarzy, to mamy cztery podstawowe specjalności, które obejmują lekarzy zajmujących się chorymi na nowotwory – są nimi chirurgia onkologiczna, radioterapia onkologiczna, onkologia kliniczna i ginekologia onkologiczna. Do tych czterech specjalizacji należy dodać patomorfologię, bo bez niej nie jesteśmy w stanie prawidłowo prowadzić postępowania. W tej chwili w każdej specjalności występują niedobory kadrowe. W onkologii klinicznej, czyli w specjalności, którą ja się zajmuję, mamy obecnie około 1 200 specjalistów. Mówię około, ponieważ ta liczba ulega zmianie w związku z kolejnymi sesjami egzaminacyjnymi, ale również ubytkiem związanym z wyjeżdżaniem za granicę lub osiągnięciem wieku emerytalnego. W chirurgii onkologicznej sytuacja kadrowa jest bardzo zła, w radioterapii onkologicznej jest pośrednia, ale też nie najlepsza. Nowoczesna diagnostyka w onkologii jest drugim kluczowym elementem organizacyjnym. Musi ona obejmować zarówno tradycyjne metody, jak i diagnostykę genetyczną. To jest niezwykle ważne, dlatego że to nie jest już tylko wykorzystanie nowoczesnych leków ukierunkowanych molekularnie i immunoterapii w stadium zaawansowanym chorób nowotworowych, ale również coraz większym stopniu nowe leki wkraczają w obszar leczenia o założeniu radykalnym w postaci leczenia przedoperacyjnego lub pooperacyjnego oraz konsolidującego po radykalnej radio-chemioterapii. Myślę, że wiele musi zajść zmian, począwszy od zapewnienia odpowiedniego zaplecza kadrowego, jak i finansowania tych procedur, a przede wszystkim zapewnienia sprawnej diagnostyki, nieopieszalej, niefragmentarycznej, niesekwencyjnej, lecz jednoczesnego wykonywania tych wszystkich badań, o których mówię. Ośrodki kompleksowej opieki, kompleksowego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, czyli tzw. Cancer Unity, mogłyby zdecydowanie sytuację poprawić. Trzeci element organizacyjny to zaniżona



wycena wielu świadczeń, zarówno z zakresu medycyny zabiegowej, jak i zachowawczej. Na to się nakłada mnóstwo niepotrzebnych, biurokratycznych utrudnień. Nie chcę cytować konkretnych zarządzeń i rozporządzeń, które obarczają lekarzy niepotrzebną pracą. Lekarzy nie jest za dużo, a jeszcze do tego wszystkiego oni mają coraz więcej pracy administracyjnej. Jeśli chodzi o kliniczne aspekty, to będę wypowiadał się tylko w zakresie onkologii klinicznej i leczenia farmakologicznego. Myślę, że ta część onkologii robi szalone postępy. Rozwiązaniem jest nie tylko wprowadzanie nowych leków. Myślę, że ważniejsze jest, aby lekarze umieli się tymi lekami posługiwać, a z tym nie jest najlepiej. Uważam, że kluczowe jest szerzenie wiedzy, zarówno w sensie ustalania prawidłowych wskazań do leczenia, jak również do zarządzania jego powikłaniami. To nie są leki, które są całkowicie pozbawione skutków niepożądanych. One są może jakościowo inne, ale problemy zdrowotne mogą być generowane i to bardzo poważne. W związku z tym, musimy stale uczyć, jak przewidywać, zapobiegać i prawidłowo postępować w momencie, kiedy wystąpią powikłania leczenia systemowego.

Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu

Jako Prezes Polskiej Unii Onkologii oraz założyciel Medycznej Racji Stanu chciałbym wskazać kwestie, które są gwarancją bezpieczeństwa onkologicznego. Największym wyzwaniem w tej chwili jest dążenie do zapewnienia wszystkim chorym niezależnie od miejsca zamieszkania - wysokojakościowej, kompleksowej, koordynowanej, opartej o konsylia wielodyscyplinarne i standardy medycyny precyzyjnej personalizowanej - holistycznej opieki onkologicznej. Głównym wyzwaniem jest umiejętne, konsekwentne i jednoczesne wprowadzenie tych wszystkich elementów systemu zdrowia, które z mozołem przez lata zostały już wypracowane. Istnieje Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) i mamy Ustawę o Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO). Dla mnie największym wyzwaniem jest jednolite stanowisko i wspólna kilkudziesięcioletnia perspektywa, zarówno onkologów, jak i decydentów. Nie zrobimy niczego dobrego, jeżeli będą takie sytuacje, w których kolejni eksperci będą chcieli koniecznie coś zmodyfikować, nie wiedząc jeszcze, co uzyskaliśmy do tej pory i jaki jest potencjał do rozwinięcia. Nie można co chwilę skakać z jednego problemu na drugi, nie załatwiając tego, co zostało jasno wytyczone w NSO i KSO. Smutno mi słuchać opinii, które nie są oparte na faktach, a na emocjach. Musimy działać ponad podziałami politycznymi i ponad resortowo na każdym poziomie decydenckim. Pacjent jest jeden nierzadko doświadczający wielochorobowości, a każdy z nas może być chory na nowotwór. Sami widzimy dookoła, ilu spośród naszych znajomych, bliskich w rodzinie ten problem dotyka. Nie ma właściwie w tej chwili człowieka, który byłby obojętny wobec problemu onkologii i wielu innych chorób cywilizacyjnych, dlatego dobrze się stało, że w naszym kraju jednocześnie realizujemy inne narodowe strategie w zakresie chorób układu krążenia, chorób rzadkich i zdrowia psychicznego. Rozwijany jest ważny projekt polityki senioralnej, natomiast brak jest efektywnych programów interwencyjnych w związku z coraz niższym współczynnikiem dzietności przy coraz bardziej starzejącym się polskim społeczeństwem.



W ostatnich 3-4 latach polscy pacjenci otrzymali dostęp do najbardziej nowoczesnych i skutecznych leków onkologicznych, dzięki którym można dziś nawet trwale wyleczyć wielu chorych na nowotwory, do niedawna nieuleczalne, takie jak rak płuca czy czerniaki z chorobą zaawansowaną i przerzutową. To uskrzydla nas i daje siłę, by zakasać rękawy i wspólnie stawić czoła wyzwaniom współczesnej

onkologii. Mamy znaczące środki finansowe (choć ciągle za małe), wspaniałe i ofiarne choć coraz bardziej przepracowany personel lekarsko-pielęgniarski, możliwości coraz lepszego wykorzystania systemu E-zdrowia i sztucznej inteligencji, lecz należy umiejętnie ten potencjał organizacyjno-logistyczny wykorzystać. Można śmiało powiedzieć, że kończący się za kilka miesięcy pilotaż KSO otwiera drogę do bardzo ważnego następnego etapu, kiedy każdy pacjent wyposażony już w zmodyfikowaną elektroniczną „zieloną” kartę DILO będzie w miarę szybko zdiagnozowany i prowadzony przez koordynatora na podstawie decyzji konsylium wytyczoną swoją indywidualnie zaplanowaną drogą diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjną, nie zapominając o właściwej stosownie do sytuacji i potrzeb chorego opiece paliatywnej i/lub hospicyjnej.

Chciałbym doczekać wreszcie takiej sytuacji, żeby była wprowadzona obligatoryjnie raz w tygodniu „godzina wychowania w zdrowiu” już od przedszkola, a potem w każdej klasie, niezależnie od tego, jaki to jest typ szkoły. Pragnę, żeby ludzie młodzi poczuli, że to w dużej mierze od nich zależy, czy w ogóle zachorują na nowotwór, żeby mieli świadomość, że sami są odpowiedzialni za swoje zdrowie. Aby zrozumieli, że przestrzegając zasad zawartych w Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem i zmieniając swój styl życia, mają realny wpływ na zmniejszenie o 40-50% możliwości zachorowania nie tylko na nowotwory, lecz także na inne choroby cywilizacyjne. WHO apeluje do polityków wszystkich krajów świata o wzmożenie wysiłków nie tylko o zniesienie nierówności w dostępie do krajowych systemów opieki zdrowotnej, lecz także walkę z nikotynizmem, alkoholizmem i z otyłością oraz ze skażeniem środowiska naturalnego - jako głównymi przyczynami większości chorób. Od trzydziestu lat podejmujemy starania, aby wiedza o zdrowiu była propagowana na każdym szczeblu edukacji. To jest niezbędny krok w kierunku propagowania zasad prewencji i profilaktyki. Mamy od 20 lat wypracowane, sprawdzone i gotowe już wzorce edukowania społeczeństwa idealne do rozpowszechnienia na szeroką skalę przez decydentów. Przykładem niech będą wieloletnie kampanie organizowane przez Polską Unię Onkologii takie jak „Mam haka na raka” czy „Zdrowa gmina”, gdzie m.in. młodzież przenosiła te treści edukacyjne do domów, do swojego rodzeństwa, rodziców, czy dziadków, natomiast władze samorządowe na poziomie gmin i miast tworzyły programy prozdrowotne dla lokalnych społeczności, aktywując do współpracy w tych projektach pracowników sanepidu, lekarzy rodzinnych, dyrektorów i nauczycieli szkół, aptekarzy, koła gospodyń wiejskich, strażaków, policjantów i księży. Martwi mnie, że przez dziesiątki lat decydenci, oprócz zarządzania chorobą, nie zdecydowali się propagować zarządzania zdrowiem. Stawiają głównie, pod wpływem nacisków politycznych, na inwestycje w wielkie szpitale, a przecież wielu chorych można znakomicie i szybko zdiagnozować, a potem skutecznie leczyć i rehabilitować na bazie ambulatoryjnej, czy w domu chorego. Trzeba wreszcie wzmocnić wszelkie wysiłki w państwie na rzecz stałej inwestycji w instytucję lekarza rodzinnego (w zespole pielęgniarki środowiskowe, położne, dietetycy, psychologowie, fizjoterapeuci, absolwenci zdrowia publicznego) w wyposażanie ich w kolejne narzędzia w zakresie edukacji, prewencji, profilaktyki i szerokiej diagnostyki w ścisłej współpracy z lekarzami medycyny pracy, pielęgniarkami szkolnymi, stomatologami, aptekarzami (opieka farmaceutyczna) oraz w oparciu o telemedycynę ułatwienie szybkich konsultacji z innymi specjalistami w AOS-ach i/lub szpitalach klinicznych stosownie do bieżących potrzeb. Lekarz rodzinny odpowiednio motywowany i finansowany stosownie do wykazywanej aktywności musi stać się odpowiedzialny nie tylko za zgłaszających się do niego chorych, lecz także za całą zdrową część populacji będącą w jego rejestrze. Nie będzie wówczas problemów z niską frekwencją zgłaszających się na bezpłatne badania przesiewowe profilaktyczne, szczepienia czy bilanse zdrowia. Mechanizmy motywacyjne muszą być jak najszybciej zastosowane dla całego społeczeństwa w postaci obniżenia składek zdrowotnych dla wszystkich obywateli uczestniczących aktywnie w tych badaniach i szczepieniach. Niezbędna jest wreszcie ścisła koordynacja

na poziomie rządu, gdzie minister zdrowia w randze wicepremiera, tworząc podstawy systemu zdrowia i opieki społecznej w kooperacji z ZUS-em, AOTMiT oraz z NFZ (stałe monitorowanie i liczenia kosztów pośrednich i bezpośrednich) posiada bieżący kontakt z ministrami pozostałych resortów pod egidą premiera. Tylko przy takim systemie organizacyjno-logistycznym można będzie zarówno racjonalnie wydawać środki z budżetu państwa, jak i z powodzeniem skorzystać z funduszy będących w dyspozycji Europejskiej Unii Zdrowia i w Europejskim Planie Walki z Rakiem. Tylko wspólnymi siłami i pod egidą najwyższych rangą decydentów w państwie możemy osiągnąć sukces w zdrowiu i edukacji. Mam nadzieję, że doczekam jeszcze takiego momentu.

Prof. Mariusz Bidziński, Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej

Chciałbym przedstawić najpilniejsze wyzwania w zakresie profilaktyki i terapii nowotworów ginekologicznych. Naszym tematem wiodącym jest bezpieczeństwo onkologiczne. Bezpieczeństwo onkologiczne, to dla pacjenta pozbycie się niepokoju i strachu przed tym, że zostanie z tego systemu wyłączony. Istotnym elementem, który ciąży nie tylko na samym systemie ochrony zdrowia, lecz także na naszych obywatelach jest to, żeby wiedzieli dokładnie, co to znaczy inwestycja w zdrowie. Naturalne jest, że każdy z nas dzisiaj życzy sobie zdrowia przy różnych okazjach, uroczystościach, natomiast to zdrowie pozostaje gdzieś na uboczu, jeżeli mówimy w tej chwili, o tak zwanym systemie działań funkcjonujących. Bezsprzecznie powinniśmy podejmować długodystansowe działania edukacyjne, zwiększać poczucie wyjątkowości zdrowia, jego wartości. Każdy powinien mieć poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie. Błędem jest zrzucanie jej wyłącznie na system ochrony zdrowia, lekarzy czy Ministra Zdrowia. Mamy w swoich rękach potężny potencjał i powinniśmy odpowiednio wprowadzać dobre nawyki. Dzisiaj w zakresie profilaktyki mamy szereg narzędzi. Możemy działać w sposób skuteczny, na bardzo wczesnych przednowotworowych etapach choroby. W związku z tym, powinniśmy z tego narzędzia korzystać. Mamy dzisiaj kilka programów, które są bezpłatnie realizowane. Choć to „bezpłatnie” jest oczywiście pewnego rodzaju problemem, bo w przypadku bezpłatnego działania niekiedy oczywiście podchodzimy do tego w sposób bardzo liberalny i każdy z nas ma na sumieniu pewne zwyczaje, które w naszym społeczeństwie funkcjonują. Bezpieczeństwo musimy też sami sobie organizować. Warto też powiedzieć o istotnym problemie - szereg regionów ma ograniczony dostęp do ochrony zdrowia i są to takie białe plamy. Warto nad tym się pochylić, jak w tych regionach pozyskać zarówno kadrę, jak i stworzyć odpowiednie jednostki, które będą realizowały w sposób skoordynowany i kompleksowy działania w zakresie onkologii.



Następne zagadnienie, które pragnę poruszyć, to zbudowanie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej, która będzie miała określoną terminowość. Wiemy, że niektóre działania są niestety rozciągnięte w czasie. Bywa tak, że chory dociera do ośrodków klinicznych zbyt późno, co powoduje, że szanse na skuteczne działanie są mniejsze. Istotne jest działanie w zakresie skutecznego i skoordynowanego postępowania. Ważną rzeczą jest koordynacja pomiędzy pionem lekarza rodzinnego a specjalisty, czyli połączenie POZ z AOS i leczeniem szpitalnym. Połączenie, nie w zakresie dobrej woli, ale działań ustrukturyzowanych. Powinny być dokładnie usieciowane te elementy. Pacjent, który wchodzi na ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną powinien po tej ścieżce być umiejętnie prowadzony. Obecnie oczywiście w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej powstaje nowa grupa ludzi, którzy rzeczywiście będą się zajmowali koordynacją tego procesu i to jest bardzo ważne. Pacjent nie może być zagubiony w tym

systemie. On powinien być prowadzony od początku do końca, w sposób właściwy powinien odbywać się kontakt z pacjentem przez koordynatora opieki. Musimy nadzorować, jakie etapy się odbywają i w jakim czasie. Ważne jest to, że zgrywają się wszystkie silosy, czyli ten pierwszy od lekarza POZ do specjalisty. Ośrodki wysokospecjalistyczne nie mogą być zablokowane funkcjonowaniem i nadzorem nad pacjentami w układzie wielu lat, a tak się często dzieje. Wyznaczając plan postępowania, który jest wykonywany w ośrodkach specjalistycznych, musimy mieć zaplecze w postaci lekarzy rodzinnych, którzy dostaną również zalecenia, jak nadzorować tego pacjenta po leczeniu onkologicznym. To nie jest w moim przekonaniu utopia, tylko ustrukturyzowane działanie, które pozwoli bardziej funkcjonalnie zbudować system. W ramach Krajowej Sieci Onkologicznej jest wiele kwestii, które być może nie są jeszcze idealnie prowadzone i mamy oczywiście szereg wątpliwości, co do niektórych struktur, ale jestem przekonany, że trzeba wprowadzić ten system, żeby można było cokolwiek poprawić. Mamy dzisiaj możliwości ewoluowania pewnych projektów i ewaluacja w obszarze każdego działania w oparciu o określone mierniki musi być dokonywana i każda tego typu sytuacja wymaga poprawek. Nie ma takich idealnych programów, które wchodzi i cały czas będą idealnie funkcjonowały. Życie jednak mimo wszystko jest dobrym reżyserem i w związku z tym naturalną jest rzeczą, że im szybciej wprowadzimy ten program i im bardziej będziemy się przyglądać temu działaniu, tym łatwiej nam będzie być może niektóre niedogodności, mankamenty tego systemu poprawiać. Bezpieczeństwo dzisiaj jest bardzo istotnym elementem, co zresztą też pokazuje nam Ustawa o jakości, która w moim przekonaniu jest bardzo dobrym elementem inwestycyjnym, chociaż też nie pozbawionym pewnych mankamentów, ale element jakości musi być monitorowany, sprawdzony, tak żebyśmy wiedzieli, jakie są mocne i słabe punkty naszego działania medycznego. Mam nadzieję, że funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia się niebawem poprawi, dzięki inicjatywom, które zostały w ciągu ostatnich kilku lat zbudowane, kiedy wreszcie wejdą w życie będą dawały nam szansę na bardziej ustrukturyzowane i lepiej zorganizowane działanie.

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



Szpiczak plazmocytowy jest chorobą, która nie ma jednego charakterystycznego objawu. Ona niestety objawia się różnymi nietypowymi symptomami, takimi jak bóle kostne, czy niedokrwistość, więc nie zawsze rozpoznanie jest proste i szybkie. Praktyka pokazuje, że pacjenci trafiają z właściwym rozpoznaniem do hematologa z wielomiesięcznym opóźnieniem. Oczywiście, ma to znaczenie rokownicze, ponieważ im bardziej jest zaawansowana choroba w chwili diagnozy, tym mniejsza jest szansa na efektywne leczenie. Warto podkreślić, że w ostatnich latach w leczeniu szpiczaka plazmocyтового dokonał się ogromny przełom. W tej chwili w ramach programów lekowych NFZ mamy dostęp do bardzo nowoczesnych terapii. Jest bardzo istotne, żebyśmy te nowoczesne, ale też i drogie leki wykorzystali w sposób jak najbardziej optymalny. Mam nadzieję, że Krajowa Sieć Hematologiczna przyniesie znaczącą poprawę w dostępie do diagnostyki i leczenia nowotworów krwi.

15% wszystkich zachorowań na chłoniaki stanowi chłoniak Hodgkina. Jeszcze do niedawna odpowiedziałbym, że mamy pełen wachlarz terapeutyczny, natomiast jak wiadomo postęp w hematologii jest bardzo szybki. Niedawno ukazała się aktualizacja badania ECHELON-1, które wykazało, że zastąpienie klasycznego schematu czterech cytostatyków, jakim jest protokół ABVD

i zastosowanie przeciwciała anti-CD30, czyli brentuksymabu wedotin w skojarzeniu z trzema cytostatykami (schemat Bv-AVD) poprawia czas całkowitego przeżycia u chorych z zaawansowaną chorobą. Brentuksymab jest to lek, który jest już refundowany dla pacjentów z nawrotową postacią choroby, natomiast teraz postulujemy o jego refundację w pierwszej linii leczenia chłoniaka Hodgkina. Potrzeba kliniczna, aby zmodyfikować dostęp do leczenia pierwszej linii chorych na chłoniaka Hodgkina wynika z faktu, że chodzi tu o młodych pacjentów. Wprawdzie w tej grupie chorych wyniki leczenia są bardzo dobre, a wyleczalność jest bardzo wysoka, sięgająca 90-95%, jednak problemem jest toksyczność, czyli późne następstwa chemioterapii. Oздowieńcy po 10-12 latach mają zwiększone ryzyko zachorowania na drugie nowotwory bądź choroby układu sercowo-naczyniowego. Dlatego modyfikacja leczenia i wprowadzenie terapii celowanych potencjalnie zmniejsza ryzyko wtórnych nowotworów, więc nie tylko to leczenie skojarzone poprawia czas całkowitego przeżycia, lecz także prawdopodobnie zabezpiecza pacjentów na przyszłość i zmniejsza ryzyko drugich nowotworów. W tej chwili ci pacjenci są leczeni klasyczną chemioterapią, natomiast brentuksymab jest stosowany z powodzeniem w przypadkach nawrotowych i opornych. Jak to zwykle bywa, lek, który się okazuje skuteczny u pacjentów w nawrocie, jest tym bardziej skuteczny w pierwszej linii.

*Dr Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld, Narodowy Instytut Onkologii
- Państwowy Instytut Badawczy*

Mówimy o bezpieczeństwie onkologicznym polskich pacjentów, w którym nowe terapie odgrywają kluczową rolę. Nowe terapie, to nie tylko nowe substancje, ale też nowe formy podania leków, takie jak postaci podskórne, czy doustne. Forma podania leku, zwłaszcza w przypadku pacjentek z rakiem piersi, które mają tę terapię dostawać przez wiele miesięcy, czy nawet wiele lat jest niezmiernie istotna. Są to pacjentki, które często pracują, mają obowiązki domowe i dla nich bardzo ważne jest, jak długo muszą być w ośrodku, w którym leczenie jest prowadzone. Od wielu lat na całym świecie dążymy do skrócenia okresu przebywania w placówce zdrowotnej. To oczywiście ma istotne znaczenie dla pacjentki, ale również dla personelu medycznego. Jeżeli pacjent będzie mógł krócej przebywać w placówce, to wymaga mniejszego zaangażowania ze strony personelu, szczególnie pielęgniarskiego, który bezpośrednio uczestniczy w podawaniu leku. Wszelkie opcje podawania podskórnego, jeżeli są możliwe, powinny być wykorzystywane. Są badania z wielu ośrodków, które wskazują, że podskórne formy podawania leku są o wiele lepiej oceniane zarówno przez pacjentki, jak i personel medyczny. Lepiej, w sensie krótszego czasu przebywania w ośrodku. Pacjentki często podkreślają, że jeśli jest konieczność podawania leku dożylnie, to wiąże się to również z niepotrzebnym stresem. Często też niełatwo jest podać dożylnie lek pacjentce, która dostawała wcześniej chemioterapię dożylną i te żyły są już bardzo zniszczone wcześniejszym leczeniem, a w związku z tym terapia podskórna jest w tej sytuacji zdecydowanie łatwiejsza do przyjęcia. Ciągłe wracam do tego czasu przebywania w ośrodku, który może być zdecydowanie krótszy, jeżeli mamy możliwość podawania formy podskórnej. Onkolodzy, zwłaszcza ci, którzy zajmują się rakiem piersi, doceniają znaczenie stosowania nowych form podania leku. Pacjentki z rakiem piersi, które stosunkowo dobrze rokują, długo żyją, nawet w przypadku zaawansowanej choroby nowotworowej i obecności przerzutów odległych. W takich przypadkach aktualna wiedza medyczna skłania się ku możliwościom metronomicznej chemioterapii. Chemioterapia metronomiczna (MCT) polega na stosowaniu dostępnych i dobrze poznanych leków przeciwnowotworowych w małej dawce każdego dnia lub



w krótkich odstępach. Skuteczność takiego schematu dawkowania pozwala uzyskać efekt antyangiogeny oraz dodatkowo wpływa stymulująco na układ immunologiczny. Głównym założeniem dawkowania metronomicznego jest uzyskanie porównywalnej lub wyższej skuteczności leczenia przy lepszej tolerancji (pozytywny wpływ na jakość życia pacjentów) – w porównaniu do standardowej chemioterapii. Często ta chemioterapia jest oparta na doustnych cytostatykach i to też bardzo poprawia jakość życia chorych. Większość pacjentek zdecydowanie preferuje taką formę podawania leku. Jest to forma o porównywalnej skuteczności z metodami dożylnymi, więc wszystkie te metody zarówno terapii podskórnej, jak i doustnej są zdecydowanie preferowane i wpływają na lepszą jakość życia pacjentki. Biorąc pod uwagę niedobór personelu medycznego, a zwłaszcza obsady pielęgniarskiej w ośrodkach onkologicznych, jest ważne, aby czas, który pacjentka potrzebuje od tego personelu w miarę możliwości skracać. Dlatego, spodziewamy się zmian na listach refundacyjnych, które będą szły w kierunku refundacji terapii podskórnych. Szczególnie potrzebujemy kombinacji pertuzumabu i trastuzumabu. Tę terapię przyjmują pacjentki zarówno na etapie leczenia wczesnego raka piersi, jak i pacjentki, które leczą się z powodu choroby uogólnionej. Ta terapia jest podawana co 3 tygodnie. Jest to dla pacjentek ważne, żeby te wszystkie elementy, o których mówiłam wcześniej wdrożyć w życie i żeby leczenie trwało krócej i było mniej czasochłonne. Możemy powiedzieć, że właściwie dokonały się najważniejsze zmiany systemowe i organizacyjne, jeśli chodzi o opiekę nad pacjentkami z rakiem piersi. Mamy bardzo dużo pozytywnych zmian w zakresie opieki nad pacjentkami chorującymi na raka piersi. Przede wszystkim powstały ośrodki typu Breast Cancer Unit, które zajmują się tylko i wyłącznie pacjentkami chorującymi na raka piersi, co zapewnia znacznie lepszą jakość opieki. Pojawiło się bardzo dużo leków na listach refundacyjnych, głównie w programach lekowych, ale nie tylko. Oczekujemy wciąż na refundację trastuzumab derukstekan dla chorych na HER2 dodatniego raka piersi. To jest w tej chwili element układanki, który jeszcze nie wpadł na swoje miejsce w naszych schematach leczenia. Natomiast wiele się wydarzyło pozytywnych refundacji i potrzeby w tej chwili są na bieżąco zaspokajane. Natomiast niewątpliwie potrzebujemy jeszcze dużo zmian organizacyjnych, ponieważ to że powstały Breast Cancer Unity spowodowało, że większość pacjentek chorujących na raka piersi trafiło do tych Breast Cancer Unitów, które w tej chwili w wielu miejscach, w wielu województwach są bardzo obciążone, co sprawia, że trudno jest zapewnić odpowiednią jakość opieki. Potrzebujemy rozwiązań organizacyjnych, które sprawią, że terminy poszczególnych zabiegów, elementów tej opieki były krótsze niż w tej chwili, bo to niestety w wielu ośrodkach nadal szwankuje. Nadal pacjentki z wczesnym rakiem piersi, pacjentki, które mają wysokie ryzyko nawrotu tej choroby oczekują na refundację abemacyklibu. U pacjentek, które chorują na hormonozależnego raka piersi, a jest to najszersza grupa chorych nie mamy refundacji inhibitorów CDK4/CDK6. To są leki, które zmniejszają bardzo istotnie ryzyko nawrotu. W tej chwili w Europie zarejestrowany jest jeden z tych inhibitorów, a mianowicie abemacyklib, we wczesnym raku piersi. Chcielibyśmy bardzo, jako onkolodzy, żeby abemacyklib był refundowany dla naszych pacjentek, które mają wysokie ryzyko nawrotu. Kolejną grupą pacjentek, która też jeszcze nie doczekała się refundacji, to są pacjentki z mutacją BRCA1/BRCA2 z wysokim ryzykiem nawrotu choroby. Tutaj oczekujemy na refundację olaparybu. Olaparyb jest lekiem z grupy inhibitorów PARP, który jest skuteczny tylko i wyłącznie w grupie pacjentek z mutacjami w genach BRCA1/BRCA2 oraz prawdopodobnie jeszcze PARP2, ale to jest jeszcze na etapie badań. Zasadniczo ta grupa pacjentek też powinna być uzupełniająco, o ile ma wysokie ryzyko nawrotu, leczone olaparybem, niezależnie od tego, jaki jest to podtyp biologiczny. W przypadku HER2 dodatniego raka piersi nie mamy tego problemu, natomiast w przypadku trójnegatywnego i hormonozależnego raka piersi u pacjentek z mutacją, to jest lek, który powinien być refundowany i stosowany przez rok.

*Dr Kufel-Grabowska, Katedra i Klinika Onkologii i
Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*

Warto podkreślić, że formy podskórne są wygodniejsze nie tylko dla personelu medycznego, lecz także dla samych pacjentek. W mojej ocenie, ale także w ocenie badań, które były prowadzone w tym zakresie na pewno zmniejsza to uczucie chorobowości u pacjentek. Dzięki podaniom podskórnym chore zdecydowanie krócej przebywają w ośrodku onkologicznym, mają skrócony kontakt z personelem medycznym, co też powoduje, że jest zmniejszone ryzyko wystąpienia powikłań związanych z leczeniem, zwłaszcza z podawaniem dożylnym. Leczenie podskórne to jest krótkie podanie kilkunastominutowe, a forma podskórna nie wymaga tak długiej obserwacji, jak jest zalecane po pierwszym podaniu formy dożylny trastuzumabu, które trwa 6 godzin. Brak konieczności zakładania wenflonu czy portu dożylnego celem podania leków w formie kroplówki, też powoduje mniejsze poczucie choroby. Niektóre pacjentki leczone są przez kilka, kilkanaście miesięcy, ale są też pacjentki z zaawansowaną formą nowotworu, czyli takie z rozsiewem do innych narządów, które niekiedy żyją wiele lat i przez wiele lat leczenie otrzymują. Pacjentki są zobowiązane, żeby przyjść do ośrodka onkologicznego na dożylny podanie leków co 3 tygodnie, co powoduje, że cały dzień poświęcają na podanie leku. Dzisiaj była u mnie pacjentka na sześćdziesiąte podanie leku i forma podskórna na pewno skróciłabym taką hospitalizację i też umożliwiłaby jej pójść dzisiaj do pracy. Jeżeli chodzi o opiekę nad chorymi z rakiem piersi, to nie tylko dążymy do tego, żeby poprawić rokowanie naszych pacjentek, czyli wydłużyć czas do progresji choroby nowotworowej i wydłużyć czas całkowitego przeżycia, ale Breast Unity i cała opieka onkologiczna skupia się także nad poprawą jakości życia naszych chorych. Jak już wspomniałam, jest bardzo duża grupa pacjentek, które mimo rozsiewu choroby nowotworowej mogą w dobrej jakości życia funkcjonować długimi latami. Naszym obowiązkiem jest, aby ich jakość życia ciągle poprawiać i zmniejszać poczucie chorobowości. Na pewno forma podskórna zdecydowanie to ułatwia, a pacjentki chwalą taką formę podania. Pacjentki coraz częściej są partnerkami w rozmowie z lekarzem, chcą partycypować w podejmowaniu decyzji, które nie są proste, ani dla lekarza, ani dla pacjentki. Współdecydowanie przy pełnej świadomości pacjentki jest dla lekarza bardzo ważne i ułatwia codzienne funkcjonowanie, ponieważ każda kolejna decyzja staje się wspólną decyzją lekarza i pacjentki. To też powoduje większe zrozumienie ze strony pacjenta i powoduje lepszą współpracę. Uważam, że jest to bardzo ważne w codziennej praktyce klinicznej. Na przykład forma podskórna, ma mniej działań niepożądanych, przy formie dożylny też możemy się niekiedy spodziewać zakażenia, czy portu naczyniowego, czy zakrzepicy naczyń. Forma podskórna nie będzie wiązała się z takimi działaniami niepożądanymi. Pacjentki też są świadome konieczności kolejnych linii leczenia, o czym świadczy teraz akcja, która jest szeroko propagowana w Internecie pt. „Pozwólcie mi żyć”, czy „Pozwólcie im żyć”, która dotyczy próśb pacjentek o refundację trastuzumabu derukstekanu stosowanego u chorych na HER2 dodatniego rozlanego raka piersi. Świadczy to o tym, że pacjentki są zorientowane, jakie leki są stosowane na świecie, jakie leki są skuteczne. Chcą być leczone w ośrodkach świadczących kompleksową opiekę i dysponujących nowoczesnymi lekami, które mają udowodnioną skuteczność.



*Prof. Barbara Radecka, Ordynator
Kliniki Onkologii Opolskiego Centrum Onkologii
im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu
i Uniwersytetu Opolskiego*



Dzięki postępowi w onkologii, w tym nowym, innowacyjnym lekami możliwe jest znaczące wydłużenie życia chorych na nowotwory, także zaawansowane. Dzisiaj, wielu takich chorych leczymy przewlekłe, czasem przez kilka lat i, co ważne, z zachowaniem dobrej jakości życia. Nie w każdym obszarze terapeutycznym postęp jest taki sam. W raku piersi nowe leki pojawiają się niemal co roku. W raku jelita grubego postęp nie jest tak dynamiczny, jednak pojawiają się pewne nowinki, nad którymi warto się pochylić. Mamy w tej chwili dostępną immunoterapię u chorych na zaawansowanego raka jelita grubego, w pierwszej, jak i kolejnych liniach i to leczenie stanowi ogromny postęp. Należy jednak podkreślić, że immunoterapia w tej grupie chorych może być stosowana jedynie u chorych z pewnym zaburzeniem molekularnym, tzw. niestabilnością mikrosatelitarną, która występuje u zaledwie u kilku procent z nich. Mamy leczenie dla chorych z mutacją BRAF, która występuje u ok. 8 do 10% chorych. To leczenie nie jest jeszcze w Polsce objęte refundacją, ale jest możliwe do zastosowania w ramach procedury ratunkowego dostępu do terapii lekowych. Mamy również leki, które mogą być stosowane u wszystkich chorych, np. chemioterapia skojarzona z leczeniem antyangiogennym. Ostatni rok przyniósł ciekawe wyniki badania SUNLIGHT, które zostały przez ekspertów określone jako zmieniające standard opieki u chorych na zaawansowanego raka jelita grubego w kolejnej linii leczenia. Chcę wyraźnie podkreślić, że dostępność skutecznych terapii możliwych do zastosowania w kolejnej linii jest bardzo ważna, bowiem to istotnie wydłuża ludzkie życie. To jest bardzo ważne w leczeniu choroby zaawansowanej, abyśmy kończąc jedno leczenie, którego efekt się wyczerpał, mogli zaproponować choremu coś innego. To jest właśnie sekwencyjność leczenia, która pozwala czynić chorobę nowotworową chorobą przewlekłą. Tutaj mówimy akurat o 3. linii leczenia, w której możemy zastosować w Polsce chemioterapię triflurydyną oraz typiracylem. To leczenie jest objęte refundacją w programie lekowym, jest wpisane do standardów i zaleceń polskich, europejskich i jest leczeniem stosowanym powszechnie na świecie. W badaniu SUNLIGHT do tego standardu, dołożono lek o zupełnie innym mechanizmie działania. Jest to bewacyzumab, znany od kilkunastu lat i stosowany u chorych na raka jelita grubego w 1. lub 2. linii leczenia. Skojarzenie tych dwóch leków spowodowało, że leczenie 3. linii okazało się dwukrotnie skuteczniejsze. Wydłużono przeżycie wolne od progresji, medianę przeżycia ogólnego, a co więcej wydłużono również czas do pogorszenia stanu sprawności pacjenta. Wróć do przeżycia wolnego od progresji i przeżycia całkowitego. Twarde punkty końcowe, jak mówimy w onkologii, a więc wyniki potwierdzające wpływ skojarzenia tych dwóch leków na przeżycie chorych. Co więcej, oba leki charakteryzują się znanym nam profilem działań niepożądanych, a ich połączenie istotnie tej tolerancji nie pogarsza. To też bardzo ważna informacja, bowiem w wielu sytuacjach, kiedy łączymy w onkologii leki o różnym mechanizmie działania, możemy spodziewać się nadmiernej toksyczności, a w tym wypadku tak się nie stało. W Polsce kilkudziesięciu chorych skorzystało z leczenia w badaniu SUNLIGHT. Wróć jeszcze do tego punktu końcowego, jakim jest czas do pogorszenia jakości życia. To nie jest parametr tak sztywny, jak czas ludzkiego życia, ale niezwykle istotny dla jakości tego życia. W tej chwili we wszystkich badaniach, w których testujemy nowe leki w chorobie zaawansowanej, ogromną

wartość przywiązuje się do oceny jakości życia. Wiele leków jest stosowanych przewlekłe. Chorzy na raka jelita grubego 30 lat temu w chorobie zaawansowanej uzyskiwali przeżycie średnio kilku miesięcznych, w tej chwili około 3-letnie. Przez większość tego czasu są leczeni – otrzymują chemioterapię 1. linii, potem 2. linii, leki biologiczne. Zatem to, czy i na ile leczenie rzutuje na jakość życia, albo na ile potrafi kontrolować objawy choroby, żeby ta choroba nie pogarszała jakości życia, to jest niezwykle dla naszych chorych ważne. Dlatego podkreślam również wartość tego skojarzonego leczenia w badaniu SUNLIGHT, które pozwala wydłużyć czas do pogorszenia stopnia sprawności i poprawia jakość życia. Możemy powiedzieć, że to leczenie spełnia wszystkie najważniejsze dla nas kryteria. Wydłuża przeżycie, nie pogarsza jakości życia i wydłuża czas do momentu, kiedy ten stopień sprawności chorego pogarsza się w przebiegu choroby. Nie zawsze są terapie, którym uda się te wszystkie kryteria spełnić, a więc na pewno to, że eksperci określili badanie SUNLIGHT, jako badanie prezentujące nowy standard opieki jest w mojej opinii uprawnione.

Osobiście prowadziłam również badanie z abemacyklidem u pacjentek z wczesnym rakiem piersi i wysokim ryzykiem wystąpienia nawrotu. Chcę podkreślić, że mówimy o leczeniu radykalnym, prowadzonym z intencją wyleczenia. W onkologii staramy się zrobić wszystko, aby rak nie skrócił życia i chorzy mogli dożyć sędziwego wieku. Z tego powodu u chorych, które są operowane z powodu wczesnego raka piersi stosujemy bardzo rozbudowane algorytmy dodatkowego leczenia, zapobiegającego nawrotowi choroby. W różnych sekwencjach stosujemy chemioterapię, hormonoterapię, napromieniamy, a to wszystko zmierza do tego, aby choroba u tych kobiet nie nawróciła i nie stała się dla nich przyczyną przedwczesnego zgonu. Nawrót raka piersi jest zawsze niekorzystnym zwrotem w rokowaniu naszej chorej. Nawrót raka piersi nie zawsze można leczyć skutecznie, a często, powiem krótko, nie potrafimy leczyć go skutecznie. Dlatego wszelkie działania, które mają zmniejszyć ryzyko nawrotu są bardzo ważne. Jak szacujemy to ryzyko nawrotu? Są pewne cechy kliniczne raka, które pozwalają nam przewidywać, w oparciu o wiedzę naukową, że to ryzyko jest niskie lub wysokie. Należą do nich wielkość pierwotnego guza, stopień histologicznej złośliwości, wysokość wskaźnika proliferacji w komórkach nowotworowych ocenianego pod mikroskopem, przerzuty do pachowych węzłów chłonnych, szereg cech, które onkolog kliniczny ocenia i na tej podstawie szacuje, czy to jest chora niskiego, czy wysokiego ryzyka nawrotu. Wysokie ryzyko nawrotu oznacza, że u około 30% chorych, a w niektórych kohortach nawet częściej choroba nawróci. Wszystko, co może nam zminimalizować ryzyko nawrotu jest warte uwagi. W tym kontekście abemacyklid, który obniża ryzyko nawrotu jest bardzo cenną opcją terapeutyczną. Lek należy do tzw. cyklidów, doustnych leków stosowane wspólnie z hormonoterapią. Są one doskonale znane polskim onkologom, ponieważ od 2019 r. są refundowane w programie lekowym u chorych z chorobą zaawansowaną. Jest to inne wskazanie oraz inna populacja chorych. W przypadku wczesnego raka piersi chcemy ten lek stosować zapobiegawczo, po to, aby zmniejszyć grupę osób, które doświadczą nawrotu po pierwotnym leczeniu radykalnym.

Prof. Jarosław Reguła, Konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii

Wielokrotnie podczas debat Medycznej Racji Stanu mówiliśmy o leczeniu pacjentów z rakiem jelita grubego. Dzisiaj chciałbym zacząć od kwestii badań przesiewowych w kierunku tego nowotworu. Poruszę temat zgłaszalności i rozwiązań systemowych, dotyczących wczesnego wykrywania tego nowotworu. Niestety nadal często jest tak, że pacjenci zgłaszają się do nas w



fazie rozsiewu. Rakiem jelita grubego i badaniami przesiewowymi zajmuję się od ponad 20 lat. Ostatnio niestety nie mam dla Państwa dobrych wiadomości. Program badań przesiewowych w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej przeszedł przemianę, która polegała na przeniesieniu finansowania kolonoskopii przesiewowej z Ministerstwa Zdrowia do NFZ. Ten proces spowodował około roczną przerwę w wykonywaniu badań przesiewowych, co samo w sobie jest fatalne, tym bardziej, że dołożyło się do przerwy spowodowanej pandemią COVID-19. Dodatkowo program NFZ jest gorzej prowadzony niż poprzedni - ministerialny. Po pierwsze, nie zawiera modułu koordynacji i monitorowania jakości, a to był bardzo ważny element w poprzednim programie – zalecanym przez światowe gremia zajmujące się skryningiem. Wielką zaletą poprzedniego programu przesiewowego było to, że monitorowaliśmy wiele aspektów związanych z jakością kolonoskopii. Powstało wiele opracowań na ten temat. Aktualny program nie jest przystosowany do tego typu nadzoru. NFZ, z natury rzeczy, zajmuje się głównie rozliczaniem procedur i kolonoskopia przesiewowa stała się jednym z wielu produktów rozliczeniowych. Utrudnia sytuację też fakt, że zamiast jednego produktu rozliczeniowego, który dawniej funkcjonował w ramach programu Ministerstwa Zdrowia, w tej chwili mamy do rozliczenia sześć różnych procedur – co znacznie utrudnia ośrodkom pracę. Do tego dochodzi, wspomniany wcześniej, brak nadzoru jakościowego i przede wszystkim brak koordynatora. Dotychczas był to Narodowy Instytut Onkologii, który znakomicie wywiązywał się z tej funkcji. W NFZ niestety nie ustanowiono profesjonalnego nadzoru merytorycznego, mimo zapowiedzi, że będzie prowadzony. Ponadto, jest drugi ważny aspekt związany z metodologią badań przesiewowych. Trzy lata temu w ramach planowania Narodowej Strategii Onkologicznej podjęto decyzję, żeby zastępować kolonoskopię, jako pierwsze narzędzie przesiewowe, testem immunochemicznym o nazwie FIT (ang. fecal immunochemical test). FIT to nowoczesny test przesiewowy, który ma bardzo dobre parametry w wykrywaniu nie tylko wczesnego raka, ale również dużych polipów. Gdy wypada on dodatnio (co wskazuje na obecność krwi w stolcu) – wykonuje się kolonoskopię. Rada Przejrzystości AOTMiT oceniła ten test bardzo dobrze i uznała, że trzeba go wprowadzić do koszyka świadczeń gwarantowanych. Ta opinia powstała się już prawie dwa lata temu, ale od tego czasu niestety nie podjęto dalszych działań. Zawsze byłem optymistą i ciągle nim jestem, więc mam nadzieję, że jednak wkrótce coś się zmieni. Z troską jednak patrzę na to, co się dzieje i co się wydarzyło z rakiem jelita grubego. Możemy się spodziewać wzrostu liczby zgonów na raka jelita grubego. Nowotwory przewodu pokarmowego (łącznie z rakiem jelita grubego) stanowią ok. 30% wszystkich nowotworów. Dlatego rola gastroenterologii oraz narzędzi, jakimi dysponuje ta dziedzina medycyny - jest bardzo ważna w profilaktyce i leczeniu nowotworów.

Jeśli chodzi o profilaktykę onkologiczną, to bardzo ważna jest edukacja społeczeństwa. Społeczeństwo musi rozumieć, że badania przesiewowe to są takie badania, które wykonujemy, gdy nie mamy żadnych objawów. Robimy je na wszelki wypadek, aby nie zachorować, wcześniej wykryć lub usunąć stany przedrakowe. Oprócz edukacji, ważne jest budowanie zaufania społeczeństwa do ochrony zdrowia. W Skandynawii, ludzie mają zaufanie do lekarzy i do tego, co im zaproponują. Stąd zgłaszalność na badania przesiewowe w tych krajach sięga 70%-80% na mammografię, cytologię i inne badania przesiewowe, a na kolonoskopię wynosi 60%. W Polsce nie tylko z powodu słabej edukacji, lecz także z braku zaufania zgłaszalność jest znacznie mniejsza. Powinniśmy nad tym zaufaniem pracować.

***Prof. Marek Dedecjus, Kierownik Kliniki Endokrynologii
Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej NIO-PIB***

Bezpieczeństwo onkologiczne, to jest stan dosyć trudny do zdefiniowania. Jestem przekonany, że są pacjenci z zaawansowanym nowotworem, którzy czują się bezpieczni i są pacjenci zdrowi, którzy nie mają poczucia bezpieczeństwa. W związku z tym, nie jest to tylko aspekt medyczny. Niewątpliwie, nie będzie poczucia bezpieczeństwa onkologicznego bez zaufania do lekarzy i nie będzie poczucia bezpieczeństwa bez edukacji.



Rak rdzeniasty tarczycy, to rzadki nowotwór. Zresztą ogólnie rak tarczycy nie jest częstym nowotworem, nowo rozpoznanych raków tarczycy jest rocznie powyżej 4 tys., i ta liczba wciąż rośnie. Natomiast są to nowotwory generalnie bardzo dobrze rokujące. Wynika to ze skuteczności leczenia chirurgicznego, skuteczności leczenia jodem promieniotwórczym, ale także z samej biologii nowotworu. Jednak wśród raków tarczycy są nowotwory, z którymi sobie radzimy gorzej, i efekty leczenia są niesatysfakcjonujące. Takim przykładem jest rak rdzeniasty tarczycy. Rak rdzeniasty jest wrażliwy tylko na leczenie chirurgiczne. Nie mamy obecnie skutecznego leczenia systemowego, nie ma chemioterapii, radioterapii, w związku z tym w razie rozsialego procesu nowotworowego nasze możliwości są ograniczone. Do tej pory mieliśmy do dyspozycji jeden lek - wandetanib, który jest wskazany do leczenia pacjentów z nieoperacyjnym rakiem rdzeniastym tarczycy o charakterze miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym. Teraz pojawiła się druga linia leczenia, selpercatynib, czyli selektywny inhibitor kinazy RET. Selperkatynib jest zarejestrowany u dorosłych chorych lub młodzieży w wieku co najmniej 12 lat z zaawansowanym rakiem rdzeniastym tarczycy z mutacją w genie RET. To jest bardzo dobra informacja, gdyż dla tej niewielkiej grupy pacjentów jest to bardzo skuteczne leczenie. Czekamy na refundację selpercatynibu w II linii leczenia pacjentów z zaawansowanym zróżnicowanym rakiem tarczycy, którzy wymagają terapii systemowej po wcześniejszym leczeniu wandetanibem lub kabozantynibem. W zakresie leczenia zróżnicowanego raka tarczycy mamy nadzieję na refundację kabozantynibu w drugiej linii leczenia po uprzednim leczeniu sorafenibem lub lenwatynibem.

***Dr Iwona Skoneczna, Kierownik Oddziału Chemioterapii,
Szpital Grochowski im. dr. n. med. Rafała Masztaka***

W przypadku raka prostaty powinniśmy podkreślać rolę i znaczenie edukacji oraz uczestnictwo w badaniach profilaktycznych. Niestety, mężczyźni niezbyt chętnie poddają się skutecznej profilaktyce raka gruczołu krokowego. Wczesny rak prostaty nie daje objawów i dyskusja, która na całym świecie się toczy, jak znaleźć w grupie młodych, aktywnych mężczyzn tych, którym ten rak prostaty będzie zagrażał, w jaki sposób ich przeprowadzić przez proces diagnostyczny i potem terapeutyczny, to jest oczywiście olbrzymie wyzwanie. I też, tak jak wiele nowotworów, jest to wyzwanie, które dotyczy wielu specjalności, czyli współpracujemy z lekarzami rodzinnymi, urologami, radioterapeutami i też w przypadku zaawansowanej choroby z onkologami klinicznymi. Ale w dalszym ciągu jest to jeden pacjent, który bywa zagubiony w systemie ochrony zdrowia. Nie zawsze mamy wystarczająco czasu, żeby te wszystkie opcje dobrze przedyskutować. Oczekujemy zmian, które przyniesie Narodowa Strategia Onkologiczna. Mamy nadzieję, że nasze zespoły wzbogacą się



o koordynatorów, opiekunów, którzy będą dysponować wiedzą dotyczącą terapii, którą będą mogli przekazywać. Okazało się na przykład w wielu krajach na zachodzie, że to wyedukowane pielęgniarki są doskonałymi edukatorami i potrafią niekiedy obiektywniej przedstawić możliwości leczenia na wczesnym etapie, a potem może z takim mężczyzną porozmawiać lekarz. Podstawowym leczeniem choroby zaawansowanej jest leczenie hormonalne, które też przynosi cały szereg objawów ubocznych. Tutaj kluczowa jest współpraca z kardioonkologami, zajęcie się efektami metabolicznymi tej długiej terapii. To wszystko ma znaczenie. Na pewno mamy ogromny postęp w dziedzinie raka prostaty.

Są też inne nowotwory urologiczne, o których dużo mniej słyszymy, w tym nowotwory pęcherza moczowego, czy nowotwory urotelialne dróg moczowych, gdzie polskie wskaźniki epidemiologiczne są bardzo niekorzystne. W przypadku raka pęcherza moczowego, odnotowujemy prawie 50% zgonów. To, co jest standardem na całym świecie, czyli nowotwory rozpoznawane, jako nieinwazyjne w 70%, nas nie dotyczy, bo połowa tych nowotworów w Polsce rozpoznawana jest w stadium choroby inwazyjnej. I o tym bardzo mało mówimy. Często jest to bardzo dynamiczny przebieg choroby, gdzie pacjent ma różne dolegliwości. Mamy nawet problem, aby z naszych organizacji pacjenckich, wspierających ten temat, byli jacyś pacjenci, którzy by chcieli o tym powiedzieć, bo często ich życie jest na tyle uciążliwe, że nie bardzo mają czas, żeby włączyć się w takie akcje. Brakuje nam świadomości tego, że jest to tytonio-zależny nowotwór. Mamy również deficyt szybkiej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej oraz współpracy między ośrodkami urologicznymi i onkologicznymi. Cystektomia radykalna w urologii onkologicznej wymaga przygotowania całego oddziału i profesjonalnej opieki nad pacjentem z urostomią. To jest bardzo ważne i myślę, że nie do końca zagospodarowane. Immunoterapia jest obecna w leczeniu tych nowotworów na całym świecie, jest dostępna refundacyjnie w dużo szerszym stopniu niż dla polskich pacjentów.

W przypadku raka prostaty zaawansowanego mamy dużo większe możliwości leczenia na wcześniejszym etapie. Są pacjenci, którzy mają identyfikowane mutacje BRCA1 i BRCA2 i mają refundowane terapie od marca 2023 r. Wyzwaniem jest przebadanie dużej grupy osób na obecność tych mutacji i to też jest w procesie w tej chwili. Natomiast myślę, że w przypadku raka pęcherza moczowego, chcielibyśmy na pewno w większym stopniu mieć dostęp refundacyjny do immunoterapii. Wielu pacjentów z nowotworami urologicznymi ma problem z czynnością nerek. W związku z tym, duża część tych osób z założenia nigdy nie będzie kwalifikowała się do chemioterapii, a tylko dla takiej wąskiej grupy pacjentów mamy dostępną na dzisiaj immunoterapię i też takich, którzy odpowiedzieli na to leczenie. Jako onkolog, który zajmuje się takimi pacjentami, bardzo czekam na poszerzenie dostępu refundacyjnego do immunoterapii. Zwłaszcza, że mamy zarejestrowane koniugaty lekowe, które mogą być zastosowane po leczeniu immunoterapią.

Dr Aleksandra Kapała, Kierownik Kliniki Diagnostyki Onkologicznej, Kardioonkologii i Medycyny Paliatywnej, Kierownik Działu Żywienia Klinicznego NIO-PIB



Pacjenci i organizacje pacjentów zgłaszają brak właściwej opieki żywieniowej nad pacjentem w trakcie leczenia onkologicznego. Pierwszą rzeczą, powinna być szeroko pojęta edukacja i profilaktyka.

Żywnienie, to jest jedno z potężnych oręży w walce z rakiem, ale żebyśmy byli w tym zakresie skuteczni, to wpływ, który powinniśmy uzyskać jest już na etapie życia płodowego. Czyli, edukacja powinna dotyczyć już ciężarnej, bo jej nawyki żywieniowe będą wpływały na ryzyko zachorowania dziecka, które się urodzi. W kolejnych latach, edukacja żywieniowa powinna przebiegać od przedszkola, przez okres

szkolny. Większość nowotworów złośliwych jest dietozależna i ten wpływ na zmniejszenie ryzyka zachorowania dzięki prawidłowym zachowaniom żywieniowym ocenia się na 30-70%. To jest ogromny wpływ, o którym po prostu nie możemy zapominać. Kolejnym elementem tej układanki jest otyłość. Polskie dzieci tyją najszybciej w Europie. Pokłosie tego procesu wkrótce zobaczymy, jako onkolodzy kliniczni w naszych gabinetach, gdzie będą diagnozowani i leczeni z powodu nowotworów złośliwych coraz młodsi pacjenci. Ryzyko zachorowania na raka trzonu macicy czy gruczołowego raka przełyku związane z otyłością sięga 60-70%. Warto o tym pamiętać. Kiedy chory już zachorował na chorobę nowotworową zagrożone jest bezpieczeństwo terapii onkologicznej, jeżeli nie ma zaopatrzonej drogi odżywiania i opracowanego planu postępowania żywieniowego. U chorego onkologicznego, który jest niedożywiony występuje zwiększone ryzyko zgonu, zwiększone ryzyko wszelkich powikłań terapii onkologicznej, wszelkich infekcji, opóźnione gojenie się ran, opóźnione gojenie się odczynów popromiennych, wydłużoną hospitalizację oraz ryzyko przerwania terapii bądź jej odroczenia, czy w ogóle zakończenia terapii. Niedożywienie ma bardzo poważne konsekwencje, o których należy myśleć przed leczeniem. Jeżeli mamy chorego bardzo wyniszczonego, to żadne nowoczesne terapie nie będą działały i będziemy tylko rozczarowani, że temu pacjentowi nie pomogliśmy. Nie ma bezpieczeństwa onkologicznego bez zaopatrzenia drogi odżywiania. Na etapie terapii onkologicznej często musimy sięgać po metody inwazyjne, czyli zakładamy specjalne dostępy do żył lub przewodu pokarmowego. W Krajowej Sieci Onkologicznej praktycznie nie ma elementów żywienia, zdrowia psychicznego, czy rehabilitacji. KSO koncentruje się na terapii onkologicznej, a w ogóle nie mówi o tych działaniach wspomagających, które usprawniają prowadzenie terapii onkologicznej. W związku z powyższym, ponieważ w samym KSO nie ma takich zapisów, w tej chwili pracujemy nad kształtem dodatkowego rozporządzenia, dotyczącego zarówno oceny stanu odżywienia, które ma być obligatoryjne, jak i zapewnienia właściwej opieki pacjentowi onkologicznemu z tym zakresem. W Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie mamy zespół lekarsko-dietetyczno-pielęgniarski dedykowany działaniom żywieniowym, ale zdaję sobie sprawę, że tak nie jest w całej Polsce. Wiem, że powstają takie zespoły w Bydgoszczy, w Krakowie, czy w Gliwicach. Potrzebujemy rozwiązań systemowych regulujących zawód dietetyka, dlatego że żaden lekarz, żaden onkolog kliniczny nie poświęci pacjentowi godziny na opowieści na temat diety, nie wyliczy zapotrzebowania, nie da szczegółowych wskazówek, bo to nie jest jego kompetencja. Zawód przeznaczony do tego to dietetyk i musimy zrobić wszystko, aby ci specjaliści byli w szpitalach zatrudniani i byli pełnoprawnym partnerem terapii.

Prof. Małgorzata Łukowicz, Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej

Rehabilitacja medyczna jest taką specjalizacją, gdzie patrzymy holistycznie na pacjenta. Mam jednak wrażenie, że lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, który ma szerokie kompetencje nie jest wykorzystywany w pełni w systemie. Rehabilitacja jest integralną częścią procesu terapeutycznego, na równi z innymi metodami leczenia, współdecydującą o jego ostatecznej efektywności. Proszę pamiętać, że rehabilitacja jest bardzo niedofinansowana, a to wynika z tego, że bardzo umniejsza się jej rolę i wpływ na stan zdrowia pacjenta. A dobrze o tym wiemy, że pacjent, który jest załęczniony, słaby, z zanikami mięśniowymi, powikłaniami po chemioterapii i bólem, będzie miał krótsze przeżycie i będzie źle reagował na terapię. Rehabilitacja pozwala na zaopiekowanie się pacjentem, pracujemy w zespole rehabilitacyjnym,



co wymaga finansowania wielu terapeutów i metod terapeutycznych. Bardzo często, gdy pacjent opuszcza oddział, słyszę słowa: „Czułem się u Pani zaopiekowany...”. I to jest dla mnie najlepszy komplement, jaki mogę dostać od pacjenta, dlatego że rozmawiamy o diecie, o bólu, o śnie, rozmawiamy o bardzo wielu niekomfortowych sytuacjach. W trakcie rehabilitacji powinien być sfinansowany psycholog, a dzisiaj w NFZ psycholog jest tylko w rehabilitacji neurologicznej. Nie ma takiego świadczenia dla pacjentów w leczeniu onkologicznym, czy po urazach wielonarządowych. Terapia psychologiczna często warunkuje postęp terapeutyczny, wymaga to zmiany finansowania i zmiany warunków świadczenia w ramach rehabilitacji leczniczej.. To samo dotyczy diety i dietetyka, bo nie jest to w żaden sposób dodatkowo finansowane. Póki nie zrozumiemy roli rehabilitacji, jak ona jest ważna w procesie leczenia onkologicznego nie będziemy mieli oczekiwanych efektów leczenia. My, specjaliści rehabilitacji leczymy ból wielopoziomowo, bo nie leczymy tylko lekiem. Jak pacjent trafia do poradni leczenia bólu, to tam jest anestezjolog, który zleca leki. Natomiast rehabilitacja zapewnia oddziaływanie ruchem, wsparcie psychologiczne, medycynę fizykalną, która bardzo wzmacnia leczenie podstawowe, poprawiając jakość życia, przez co, pamiętajmy, również percepcja bólu jest inna. Bo jeżeli pacjent czuje się zaopiekowany i bezpieczny, to również jego percepcja bólu się zmienia. I nie ma potrzeby stosowania tylu leków. Gdy u mnie pacjent jest na oddziale, odstawiam i minimalizuję leki. Apeluję o to, żeby rehabilitacja medyczna była doceniana. Zaniżona wycena świadczeń rehabilitacyjnych sprawia, że dyrektorzy szpitali pozbywają się oddziałów rehabilitacyjnych, bo im się nie opłaca. Prehabilitacja, to w tej chwili temat bardzo modny w onkologii i ja mam świadomość, że skoro nie rozwiązaliśmy rehabilitacji, to ciężko planować prehabilitację. Dzięki prehabilitacji wyniki leczenia są zupełnie inne, pacjent jest przygotowywany do zabiegu operacyjnego, np. w przypadku rozległych operacji przewodu pokarmowego, jeżeli pacjent jest dziesięć kilogramów chudszy i sprawniejszy lepiej rokuje.

Ks. Władysław Duda, Dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej

Ruch hospicyjny w Polsce stoi na zakręcie, przede wszystkim z powodu niedofinansowania. Ostatnia wycena wykonywana przez Agencję Technologii Medycznych i Taryfikacji była w 2017 r., więc sytuacja jest bardzo trudna. Przekłada się to na zamykanie domowych hospicjów, zwłaszcza w małych miejscowościach. Hospicja w dużych miastach, tak jak moje hospicjum, które jest jednym z większych hospicjów domowych w Warszawie, bo mamy 130 pacjentów dziennie pod opieką, jeszcze dają radę. W dużym mieście jest to możliwe, mając darczyńców i dotacje. Natomiast małe miasteczka są naprawdę w złej kondycji i rzeczywiście wiele hospicjów się zamknęło. W 2023 r. ok. 15 hospicjów domowych przestało istnieć. Jest to również bardzo trudny czas dla hospicjów stacjonarnych. Następnym problemem jest brak personelu. Jesteśmy w tragicznej sytuacji braku lekarzy w hospicjach. Zacznę od specjalistów medycyny paliatywnej, którzy nie podejmują pracy w hospicjach. Mam kontakt z wieloma lekarzami, którzy skończyli specjalizację z medycyny paliatywnej i twierdzą, że za obecne stawki nie są w stanie pracować w hospicjach. Ja w tej chwili mam dziewięciu lekarzy, co nie znaczy, że pracują na pełnych etatach. Mam tylko trzech lekarzy, którzy pracują na umowach o pracę, a pozostali na kontraktach. Ale to jest naprawdę bardzo trudne. To samo się dzieje z pielęgniarkami, chociaż w tej chwili u nas pracuje na etatach 21 pielęgniarek.

Medycyna paliatywna staje się medycyną długoterminową, w przeciwieństwie do pokutującego jeszcze kilka lat temu stwierdzenia, że jest to medycyna ostatnich dni życia. To się absolutnie zmienia.



Im szybciej zostaje włączona medycyna paliatywna w proces leczenia onkologicznego, tym jest większa gwarancja dłuższego życia. To jest przeżycie, liczone już nawet nie w kilku latach, ale w kilkunastu albo nawet wręcz kilkudziesięciu. Niestety w Polsce jesteśmy cały czas opóźnieni. Funkcjonuje przekonanie, że medycyna paliatywna to medycyna terminalna, tymczasem pojęcie „terminalny” w odniesieniu do medycyny paliatywnej zniknęło w nomenklaturze europejskiej. Jaka jest sytuacja w tej chwili w Polsce? Są tragicznie długie kolejki do hospicjów i to wszędzie, do wszystkich hospicjów zarówno tych domowych, jak i stacjonarnych. Co gorsza, są kolejki pacjentów ze skierowaniami pilnymi. Mam u siebie, wczoraj liczyłem, dziewięć zgłoszeń pilnych, natomiast ok. 15 normalnych skierowań. Status zależy oczywiście od kwalifikacji dokonanych przez lekarza. Bardzo często rodzina wymusza na lekarzu wystawiającym skierowanie, kwalifikację „pilny”, a tymczasem kiedy lekarz hospicyjny idzie do tego chorego z pierwszą wizytą okazuje się, że pacjent jest chodzący, nawet wychodzi na spacer. Natomiast są często odwrotne sytuacje, no i to jest bardzo trudne. Kwalifikacja na skierowaniu i reżim kolejki pacjentów obowiązuje wszystkie hospicja. Gdyby kwalifikacja lekarza hospicyjnego była wiążąca, w formowaniu kolejki pacjentów, na pewno by ta sytuacja wyglądała zupełnie inaczej. Pacjenci nie umieraliby oczekując w kolejce na objęcie opieką hospicyjną.

Specyfika domowej opieki hospicyjnej polega na wykonywaniu świadczeń medycznych przez zespół opieki w warunkach ścisłej współpracy z rodziną chorego, ale też w warunkach uzależnienia od tej rodziny. Kiedyś ten problem nie był tak widoczny, jak ostatnio, kiedy rodziny, i bardzo słusznie, domagają się swoich praw ale też „weryfikują” proces leczenia i opieki zespołu w informacjach internetowych i forach społecznościowych. Zdarza się i to nie rzadko, że rodzina dyktuje lekarzowi, to co najlepsze dla swojego członka rodziny, który jest pod opieką hospicjum domowego. Zawsze musimy mówić o bezpieczeństwie pacjenta, ale tu musimy również mówić o poczuciu bezpieczeństwa zespołu hospicyjnego, co naprawdę staje się coraz trudniejszą sprawą. Inną kwestią jest brak odpowiedzialności rodziny pacjenta. Ja już kilka razy w ciągu ostatnich trzech lat miałem sprawy pogryzienia pielęgniarki albo rehabilitanta przez psa w domu pacjenta. Lekarz, który wchodzi na zupełnie nieznaną sobie grunt rodziny, której nie zna, traci poczucie bezpieczeństwa. Nie zna oczekiwań rodziny, nie zna oczekiwań pacjenta, bardzo często jest wmanewrowany w układy rodzinne, co jest sytuacją trudną. W takich przypadkach coraz częściej korzystamy z pomocy prawnika. Myślę, że to wszystko czeka na uregulowanie nie tylko prawne, lecz także społeczne. Należy zauważyć, że coraz trudniej dostać się zespołowi hospicyjnemu do pacjenta, ponieważ są strefy chociażby parkingowe i zamknięte osiedla. Okoliczności te sprawiają dodatkowe obciążenia czasowe dla świadczeniodawców. Kończąc moją wypowiedź, chcę podzielić się uwagą, którą słyszę od wielu rodzin. Mianowicie, pacjent wypisywany ze szpitala i czekający w kolejce ze skierowaniem do opieki hospicyjnej, czuje się pacjentem zagubionym i wykluczonym. On zupełnie nie wie, co ma ze sobą zrobić.

Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia

Powtarzamy na każdej Medycznej Racji Stanu, że Czechy przeznaczają na głowę mieszkańca na zdrowie 1,1 tys. euro PPP więcej, niż Polska. W 2020 r. było to 2,7 tys. euro PPP na zdrowie, na głowę mieszkańca w Czechach vs. 1,6 tys. euro PPP w Polsce. Średnia dla Unii Europejskiej wyniosła 3,3 tys. euro PPP, a w Niemczech przeznaczono na zdrowie 4,8 tys. euro PPP. Jestem przekonany, że gdy Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce miałoby takie fundusze



do wydania na zdrowie, to myślę, że bylibyśmy liderami w zakresie ochrony zdrowia, jeżeli chodzi o Europę.

Od 2019 r. poprawia się sukcesywnie dostęp refundacyjny do leków przeciwnowotworowych w Polsce. Wg. danych Ministra Zdrowia w 2021 r. na zrefundowanych 68 nowych cząsteczko-wskazań ogółem, leki przeciwnowotworowe stanowiły 47% (32 nowe cząsteczko-wskazania). W 2022 r. na zrefundowanych 115 nowych cząsteczko-wskazań ogółem leki przeciwnowotworowe stanowiły 35% (40 nowych cząsteczko-wskazań). W 2023 r. (do obwieszczenia wrześniowego), Minister Zdrowia zrefundował 60 cząsteczko-wskazań onkologicznych (53%), na 113 nowych cząsteczko-wskazań ogółem.⁷ Co to znaczy? To znaczy, że w Polsce nadrabiamy wieloletnie zaległości refundacyjne leków w zakresie onkologii i onkohematologii.

Jak najszybszej poprawy wymaga jednak wczesna diagnostyka i wczesne leczenie nowotworów w Polsce. Wg. najnowszego raportu pt. „Krajowe profile dotyczące nowotworów – 2023” Polska odnotowuje krótsze 5 – letnie przeżycia, w porównaniu do średniej UE, w przypadku wszystkich nowotworów – oprócz białaczek u dzieci (Polska = 87% vs. EU= 82%).⁸ Miara 5-letniego przeżycia netto, będąca wyznacznikiem jakości opieki, wzrosła w Polsce w latach 2004–2014 w odniesieniu do najczęstszych rodzajów nowotworów, chociaż wzrost ten był mniejszy niż w całej UE, przez co niekorzystna dla Polski różnica między średnią UE powiększyła się. Wśród osób dorosłych najwyższe wskaźniki przeżyć odnotowano w przypadku raka prostaty (78 % w porównaniu z 87 % w całej UE) i raka piersi (77 % w porównaniu z 83 % w całej UE), natomiast w przypadku raka płuc przeżycie pozostawało niskie i zbliżone do średniej UE (14 % w porównaniu z 15 % w całej UE). W przypadku kobiet w Polsce, u których w latach 2010–2014 zdiagnozowano raka piersi w zaawansowanym stadium, wskaźnik 5-letnich przeżyć netto wynosił jedynie 43%. Wskaźniki 5-letnich przeżyć w Polsce są znacznie poniżej średnich unijnych w przypadku raka szyjki macicy (o 9 punktów procentowych) i raka jelita grubego (o 7 punktów procentowych). Polska pozostaje również w tyle za UE pod względem wskaźników 5-letnich przeżyć w przypadku czerniaka (70 % w porównaniu z 83%), raka odbytnicy (48 % w porównaniu z 59 %) i raka żołądka (21 % w porównaniu z 27 %). Znaczne różnice w zakresie wskaźników przeżyć występują między województwami: wskaźnik 5-letnich przeżyć w przypadku raka piersi waha się od 70 % w województwie podkarpackim do 80 % w województwie mazowieckim. Jeszcze większe różnice występują w przypadku raka szyjki macicy (od 47 % w województwie śląskim do 64 % w województwie podlaskim). Nierówności te odzwierciedlają regionalne różnice w dostępie do diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych.

Europejski Rejestr Nierówności w Przeciwdziałaniu Nowotworom, to inicjatywa przewodnia europejskiego Planu Walki z Rakiem. Dostarcza rzetelnych i wiarygodnych danych na temat profilaktyki nowotworów i opieki onkologicznej, służących rozpoznawaniu tendencji, różnic i nierówności między państwami członkowskimi i regionami UE. Rejestr posiada stronę internetową i narzędzie do pozyskiwania danych opracowane przez Wspólne Centrum Badawcze Komisji Europejskiej oraz opracowuje serię wydawanych, co dwa lata krajowych profili nowotworowych oraz zbiorcze sprawozdanie na temat nierówności w zakresie chorób nowotworowych w Europie. W krajowych profilach dotyczących nowotworów opisano mocne strony, wyzwania i konkretne obszary działania w odniesieniu do każdego z 27 państw członkowskich UE, Islandii i Norwegii, aby odpowiednio

⁷ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych>

⁸ https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/krajowe-profile-dotyczace-nowotworow-polska-2023_aab579a7-pl#page1

ukierunkować inwestycje i działania na szczeblu unijnym, krajowym i regionalnym w ramach europejskiego Planu Walki z Rakiem.

4. Wnioski i rekomendacje

Wnioski	Rekomendacje
<p>Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany szybki i Nielimitowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej. Co roku w Unii Europejskiej (UE) można zapobiec ponad 40% zachorowaniom na raka.</p>	<p>Rekomendowane jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wdrażanie zapisów Narodowej Strategii Onkologicznej; • rozszerzenie pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej na całą Polskę; • adekwatne finansowanie publiczne do potrzeb medycznych pacjentów onkologicznych; • odbudowa kadr medycznych i pomocniczych w onkologii i onkohematologii; • refundacja publiczna zarejestrowanych w Unii Europejskiej terapii zawartych w aktualnych standardach klinicznych.
<p>Rehabilitacja medyczna jest kluczowym elementem opieki onkologicznej.</p>	<p>Rekomendowana jest poprawa finansowania rehabilitacji medycznej oraz odbudowa kadr medycznych, w tym włączenie lekarzy rehabilitacji i rehabilitantów w proces opieki onkologicznej.</p>
<p>Żywność jest kluczowym elementem opieki onkologicznej.</p>	<p>Rekomendowana jest poprawa finansowania żywienia dojelitowego i dożylnego oraz włączenie lekarzy i dietetyków w proces opieki onkologicznej.</p>
<p>Opieka paliatywna jest kluczowym elementem opieki onkologicznej – zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i domowych.</p>	<p>Rekomendowana jest poprawa finansowania opieki paliatywnej oraz zwiększenie liczby lekarzy i pielęgniarek w placówkach hospicyjnych poprzez poprawę wynagrodzeń.</p>
<p>Wg danych Ministra Zdrowia w 2021 r. na zrefundowanych 68 nowych cząsteczko-wskazań ogółem, leki przeciwnowotworowe stanowiły 47% (32 nowe cząsteczko-wskazania). W 2022 r. na zrefundowanych 115 nowych cząsteczko-wskazań ogółem leki przeciwnowotworowe stanowiły 35% (40 nowych cząsteczko-wskazań). W 2023 r. (do obwieszczenia wrześniowego), Minister Zdrowia zrefundował 60 cząsteczko-wskazań onkologicznych (53%), na 113 nowych cząsteczko-wskazań ogółem.</p>	<p>Rekomendowane jest nadrobienie wieloletnich zaległości refundacyjnych w zakresie leków przeciwnowotworowych w Polsce, przy mniej restrykcyjnych kryteriach programów lekowych oraz właściwej wycenie świadczeń w programach lekowych.</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</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna abemacyklibu w leczeniu wczesnej postaci raka piersi.</p>

<p>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.</p>	
<p>Rak tarczycy jest jednym z najczęstszych nowotworów endokrynnych, natomiast w postaci raka rdzeniastego diagnozowany jest jedynie w około 4% przypadków, będąc tym samym rzadką chorobą onkologiczną. W około 65% przypadków raka rdzeniastego tarczycy występuje mutacja w genie RET.</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna selperkatynibu w terapii raka rdzeniastego tarczycy.</p>
<p>Rak endometrium, zwany również rakiem trzonu macicy, to częsty nowotwór złośliwy u kobiet. 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 dzietności</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna dostarlimabu w II linii leczenia pacjentek z nawrotowym lub zaawansowanym rakiem endometrium z upośledzeniem naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (dMMR) lub wysoką niestabilnością mikrosatelitarną (MSI-H)</p>
<p>Rak jelita grubego stanowi drugą przyczynę zgonów spowodowanych wystąpieniem nowotworów, a zmieniające się nawyki żywieniowe, sprawiają, że problem narasta. W 2020 r. odnotowano około 14,5 tys. nowych przypadków zachorowań na raka jelita grubego, a w przypadku 11,5 tys. Polaków rak jelita grubego był przyczyną zgonu.</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna terapii złożonej opartej na skojarzeniu trifurydyny/typiracylu z bewacuzymabem u pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego, którzy doświadczyli progresji choroby pomimo zastosowania dwóch linii leczenia systemowego.</p>
<p>Rak trzustki to jeden z najgorzej rokujących nowotworów, który przez długi czas rozwija się bezobjawowo.</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja publiczna irynotekanu liposomowego w terapii raka trzustki.</p>
<p>Przewlekła białaczka limfocytowa to choroba nowotworowa układu krwiotwórczego uważana za chorobę nieuleczalną i staje się trudniejsza do leczenia za każdym razem, gdy nawraca. Od kilku lat sytuacja pacjentów hematoonkologicznych ulega sukcesywnej poprawie. Ostatnie lata to czas dużych zmian w dostępie do leczenia dla pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową. W najnowszych wytycznych preferowanym</p>	<p>Rekomendowana jest refundacja nowych schematów leczenia: wenetoklaks i obinutuzumab oraz wenetoklaks i ibrutynib w pierwszej linii leczenia pacjentów FIT.</p>

leczeniem są schematy oparte o terapie celowane od pierwszej linii leczenia, nie zaś immunochemioterapię (FCR i BR).	
Zaawansowany niedrobnokomórkowy rak płuca (NDRP) stanowi 88% spośród typów morfologicznych, a mutacje w genie EGFR stwierdza się u około 10% chorych.	Rekomendowana jest refundacja publiczna amiwantamabu w zaawansowanym niedrobnokomórkowym raku płuca (NDRP) z insercją w eksonie 20 w genie kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (EGFR).
Szpiczak plazmocytowy jest chorobą nowotworową układu krwiotwórczego. Szpiczak przebiega wieloetapowo, a najczęściej jej pierwszym objawem są bóle kostne wynikające z niszczenia kości przez nowotwór, a także osłabienie i utrata masy ciała. W leczeniu stosuje się chemioterapię, nowe leki ukierunkowane molekularnie i przeszczepienie szpiku kostnego. Od kilku lat dostęp do leków znacząco się poprawił.	Rekomendowana jest refundacja publiczna: <ul style="list-style-type: none"> • Schematu DRD, czyli daratumumabu z lenalidomidem i deksametazonem od I linii leczenia, u pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia szpiku kostnego. • Teclistamabu w terapii dorosłych pacjentów z opornym i nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym, którzy otrzymali co najmniej trzy wcześniejsze terapie, w tym lek immunomodulujący, inhibitor proteasomu i przeciwciało anti-CD38, i u których stwierdzono progresję choroby w trakcie ostatniej terapii.
Chłoniak Hodgkina (HL, Hodgkin lymphoma; dawniej ziarnica złośliwa) jest chorobą nowotworową układu chłonnego. Chłoniak Hodgkina wywodzi się z limfocytów B. Należy do najczęstszych chorób nowotworowych u młodych dorosłych (15-35 lat) i stanowi ok. 15% wszystkich zachorowań na chłoniaki.	Rekomendowana jest refundacja brentuksymabu wedotin w leczeniu I linii chłoniaka Hodgkina.

5. Kluczowe informacje przy gotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu wartości zdrowia

Poniżej przedstawiono wybrane obszary terapeutyczne z zakresu chorób onkologicznych w Polsce.

Brentuksymab wedotin w leczeniu I linii chłoniaka Hodgkina

Chłoniak Hodgkina (HL, Hodgkin lymphoma; dawniej ziarnica złośliwa) jest chorobą nowotworową układu chłonnego.⁹ Chłoniak Hodgkina wywodzi się z limfocytów B. Należy do najczęstszych chorób nowotworowych u młodych dorosłych (15-35 lat) i stanowi ok. 15% wszystkich zachorowań na chłoniaki. Nie są znane czynniki ryzyka zachorowania o potwierdzonym znaczeniu w rozwoju tej choroby. Ryzyko zachorowania jest wyższe u osób z niedoborami odporności (zakażenie HIV, osoby

⁹http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom2_2.17.%20Chloniak_Hodgkina_200520.pdf, dostęp 27.06.2023 n/d

poddane leczeniu immunosupresyjnemu po przeszczepieniach narządów).¹⁰ Zachorowalność na HL ma charakter stały i w krajach rozwiniętych wynosi 2–3 przypadków, a śmiertelność 0,4 przypadku na 100 tys. na rok. Częstość zachorowań u mężczyzn w stosunku do kobiet wynosi 1,3:1. Obserwuje się dwa szczyty zachorowań: w 3. dekadzie życia i po 50. roku życia.¹¹ Chłoniak Hodgkina nacieka głównie węzły chłonne. Podstawowym objawem jest niebolesne powiększenie węzłów chłonnych. Objawy systemowe, takie jak gorączka powyżej 38°C, nocne poty oraz utrata masy ciała (> 10% w ciągu 6 miesięcy), dotyczą około 30% pacjentów. W przebiegu choroby może wystąpić uporczywy świąd skóry. U niektórych chorych pojawia się ból zajętych węzłów chłonnych po spożyciu alkoholu. Podstawą rozpoznania jest ocena histopatologiczna węzła chłonnego lub innej nacieczonej tkanki.¹² Stadium zaawansowania choroby określane jest według klasyfikacji Ann Arbor, na podstawie liczby i umiejscowienia zajętych przez nowotwór okolic węzłowych oraz obecności objawów systemowych.¹³ Oprócz stadium zaawansowania ustala się również obecność niepomyślnych czynników rokowniczych: duża zmiana węzłowa w śródpiersiu, przyspieszone OB, wiek, umiejscowienia pozawęzłowe choroby (w stadium I i II) oraz niedokrwistość, podwyższona liczba białych krwinek, obniżona liczba limfocytów oraz albumin w stadiach zaawansowanych.¹⁴

Leczeniem chłoniaka Hodgkina zajmują się Oddziały Hematologii. Podstawowymi metodami leczenia choroby są chemioterapia oraz radioterapia. W niektórych przypadkach konieczne jest także przeszczepienie szpiku kostnego. Chłoniak Hodgkina jest stosunkowo dobrze rokującym nowotworem. Około 80–90% chorych udaje się trwale wyleczyć przy stosowaniu standardowych metod leczenia. U pozostałych chorych może dojść do nawrotu lub oporności na leczenie.¹⁵ Rodzaj zastosowanego leczenia w głównej mierze zależy od stopnia zaawansowania choroby:

- chorzy z wczesnym stadium choroby to chorzy ze stadium zaawansowania I-II,
- chorzy ze stadium pośrednim to również chorzy ze stadium zaawansowania I-II, ale z dodatkowymi czynnikami ryzyka, do których należą między innymi podwyższone OB, wiek powyżej 50 lat, bardzo duża zmiana węzłowa w klatce piersiowej, pozawęzłowa lokalizacja choroby - czynniki te powodują, że jest większe ryzyko nieskuteczności leczenia w tej grupie pacjentów,
- chorzy ze stadium zaawansowanym to chorzy w stadium III i IV choroby, można tu także włączyć chorych ze stadium II z poważnymi czynnikami ryzyka.¹⁶

Leczenie chorych z wczesnym stadium choroby bez dodatkowych czynników ryzyka - W chwili obecnej standardem leczenia w tej grupie chorych są dwa kursy chemioterapii ABVD (doksorubicyna,

¹⁰ <https://onkologia.org.pl/pl/chloniak-hodgkina-czym-jest#page-main-image>

¹¹ http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom2_2.17.%20Chloniak_Hodgkina_200520.pdf, dostęp n/d 27.06.2023

¹² http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom2_2.17.%20Chloniak_Hodgkina_200520.pdf, dostęp n/d 27.06.2023

¹³ <https://onkologia.org.pl/pl/chloniak-hodgkina-czym-jest#page-main-image>

¹⁴ <https://onkologia.org.pl/pl/chloniak-hodgkina-czym-jest#page-main-image>

¹⁵ <https://www.mp.pl/pacjent/hematologia/choroby/224217,chloniak-hodgkina>

¹⁶ <https://hematoonkologia.pl/info-o-chorobach/chloniak-hodgkina-leczenie>

bleomycyna, winblastyna, dakarbazyna), po których stosuje się radioterapię na pierwotnie zajęte węzły chłonne.¹⁷ Leczenie chorych z wczesnym stadium choroby o niekorzystnym rokowaniu (w stadium pośrednim) - w tej grupie chorych stosuje się zazwyczaj 4 kursy chemioterapii oraz radioterapię na pierwotnie zajęte węzły chłonne po zakończeniu chemioterapii. Najczęściej stosuje się 4 kursy ABVD, jednak dopuszczalne jest również bardziej intensywne leczenie za pomocą kursów o skomplikowanej nazwie „eskalowany BEACOPP” (bleomycyna, etopozyd, doksorubicyna, cyklofosamid, winkrystyna, prokarbazyna, prednizon) - najczęściej łączy się te dwa kursy z dwoma kursami ABVD.¹⁸ Leczenie chorych w stadium zaawansowanym - w takich przypadkach najczęściej stosuje się 6 do 8 kursów ABVD. W ostatnich latach udowodniono, że bardziej skuteczne w walce z chorobą jest zastosowanie 6-8 kursów eskalowanych BEACOPP, jednak leczenie takie jest bardziej toksyczne i wiąże się ze znacznie większą ilością działań niepożądanych. Radioterapia realizowana jest w oddziałach radioterapii, po zakończeniu chemioterapii.¹⁹

Wraz z postępem medycyny pojawiają się coraz to nowe opcje terapeutyczne, m.in. z wykorzystaniem immunoterapii. Mówił o tym w wywiadzie dla Medexpress prof. Tomasz Wróbel, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu: *„U pacjentów z zaawansowanym chłoniakiem Hodgkina (stadium III i IV), u których występują rozlane zmiany po obu stronach przepony porównano dotychczasowy standard do standardu brentuksymab wedotin + AVD i okazało się, że uzyskano korzyść nie tylko w odniesieniu do czasu do progresji, ale również do całkowitego przeżycia. To niezwykle istotne i rzadko uzyskiwane w tej chorobie. Pokazuje nam, że chemio i immunoterapia ma przewagę nad zwykłą chemioterapią. Wyniki tego badania zmieniły nasz sposób myślenia o leczeniu zaawansowanej postaci tej choroby. Brentuksymab wedotin jest w Polsce refundowany, ale dla pacjentów w nawrocie. Jego pierwsze efekty opisane w badaniach dotyczyły pacjentów nawrotowych i u nich jest skuteczny. Nie jest w Polsce refundowany w leczeniu pierwszej linii. Pozostaje więc pewna przestrzeń do uzupełnienia. (...). Teraz już wiemy, że jeśli go skojarzymy z chemioterapią w pierwszej linii, to uzyskujemy lepsze wyniki, niż po samej chemioterapii. To ważne, ponieważ możemy więcej pacjentów wyleczyć, więc mniej będzie tych z nawrotem i opornością. Dla pacjentów to zawsze trudna sytuacja, a większość z nich to młodzi ludzie, w wieku, w których zakładają rodziny, chcą mieć dzieci, pracować i rozwijać się. Dla nich wyleczenie z tej choroby jest szczególnie ważne. Dla systemu opieki zdrowotnej to też istotne, bo jeśli wyleczymy większość pacjentów za pomocą leczenia w pierwszej linii, to nie będziemy musieli się borykać z problemami leczenia nawrotów, oporności i stosowania skomplikowanych terapii.”*²⁰

Najpilniejszą potrzebą pacjentów z chłoniakiem jest personalizacja leczenia i dostęp do nowoczesnych terapii już od najwcześniejszego etapu choroby i zgodnie ze światowymi wytycznymi medycznymi. Z raportu Hematokoalicji, dotyczącego sytuacji pacjentów hematooonkologicznych w Polsce wynika, że:

¹⁷ <https://hematoonkologia.pl/info-o-chorobach/chloniak-hodgkina-leczenie>

¹⁸ <https://hematoonkologia.pl/info-o-chorobach/chloniak-hodgkina-leczenie>

¹⁹ <https://hematoonkologia.pl/info-o-chorobach/chloniak-hodgkina-leczenie>

²⁰ <https://www.medexpress.pl/leki-technologie-medyczne/potrzeby-diagnostyczne-pacjentow-chorych-na-szpiczaka-plazmocytowego-i-nowe-podejscie-do-terapii-chloniaka-hodgkina/>

„(...) polscy pacjenci wciąż muszą czekać na publiczne finansowanie najbardziej innowacyjnych cząsteczek. Eksperci kliniczni zauważają, że dostęp do wysoce skutecznych terapii w pierwszej linii może przynieść największą korzyść. Co więcej, może być kluczowy dla kolejnych etapów leczenia. Czas trwania remisji po nawrocie zmniejsza się z każdą kolejną linią leczenia, dlatego tak ważne jest zapewnienie dostępu do najskuteczniejszych terapii już na początku ścieżki pacjenta. W tym właśnie obszarze zauważane są też największe ograniczenia w dostępie do świadczeń.²¹ Prof. Krzysztof Giannopoulos, kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie podkreśla: „Czas trwania remisji po nawrocie zmniejsza się z każdą kolejną linią leczenia. Dlatego ważny jest wybór najskuteczniejszej terapii już od pierwszej linii leczenia oraz dostępność do jak największej liczby nowych terapeutyków w kolejnych liniach leczenia. W ten sposób możemy istotnie wydłużyć życie chorego. Wybór terapii drugiego i kolejnych rzutów uzależniamy od odpowiedzi uzyskanej na leczenie pierwszej linii, stosowanych leków we wcześniejszych terapiach oraz toksyczności leczenia.”²²

Terapia drugiej linii pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy opornym na leczenie jodem radioaktywnym

Rak tarczycy jest dziewiątym najczęściej występującym nowotworem na świecie, a zapadalność jest trzykrotnie wyższa u kobiet niż u mężczyzn. W 2020 roku na całym świecie zdiagnozowano ponad 580 000 nowych przypadków raka tarczycy.²³ Szacuje się, że zróżnicowany rak tarczycy (DTC) stanowi około 90 - 95% wszystkich przypadków raka tarczycy.²⁴ Podstawę leczenia stanowi leczenie operacyjne, po którym stosuje się ablację pozostałej tkanki tarczycy za pomocą radioaktywnego jodu. Po operacji nieradykalnej w raku zróżnicowanym, gdy nie jest możliwa operacja wtórna ani leczenie jodem promieniotwórczym stosuje się teleradioterapię. Około 5 do 15% przypadków jest opornych na leczenie jodem radioaktywnym.²⁵ Pacjenci z DTC, u których rozwija się oporność na radiojod, mają złe rokowanie ze średnim szacowanym przeżyciem wynoszącym 3-5 lat.²⁶ W Polsce dostęp do leczenia zagwarantowany jest wyłącznie w ramach I linii leczenia w programie lekowym B.119, z zastosowaniem tylko jednego leku.²⁷ W przypadku niepowodzenia terapii I linii pacjenci nie mają alternatywy w postaci refundowanych kolejnych linii leczenia. Rekomendacje Polskich Towarzystw Naukowych oraz Narodowej Strategii Onkologicznej dotyczących diagnostyki i leczenia raka tarczycy u chorych

²¹ Raport dotyczący sytuacji pacjentów hematoonkologicznych w Polsce, Hematokoalicja, 2022, str. 60.

²² <https://www.zwrotnikraka.pl/hematokoalicja-sytuacja-pacjentow-hematoonkologicznych-w-polsce/>

²³ [Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71\(3\):209-249. doi:10.3322/caac.21660](#)

²⁴ [Chen, Danyang et al. "Innovative analysis of distant metastasis in differentiated thyroid cancer." Oncology letters vol. 19,3 \(2020\): 1985-1992. doi:10.3892/ol.2020.11304](#)

²⁵ [Worden F. Treatment strategies for radioactive iodine-refractory differentiated thyroid cancer. Ther Adv Med Oncol. 6:267-279. doi: 10.1177/1758834014548188.](#)

²⁶ [Fugazzola L. et al. 2019 European Thyroid Association Guidelines for the Treatment and Follow-Up of Advanced Radioiodine-Refractory Thyroid Cancer. Eur Thyroid J. 2019;8:227-245. doi: 10.1159/000502229.](#)

²⁷ Źródło: Załącznik B.119. LECZENIE PACJENTÓW Z POSTĘPUJĄCYM, MIEJSCOWO ZAAWANSOWANYM LUB Z PRZERZUTAMI, ZRÓŻNICOWANYM (BRODAWKOWATYM/PECHERZYKOWYM/OKSYFILNYM - Z KOMÓREK HÜRTHLE'A) RAKIEM TARCZYCY, OPORNYM NA LECZENIE JODEM RADIOAKTYWNYM (ICD-10 C 73) Dostęp: 04.2023

dorosłych – aktualizacja 10.2022 - zawierają najnowsze doniesienia na temat terapii ukierunkowanych molekularnie w zaawansowanym raku tarczycy.²⁸

Selperkatynib w terapii raka rdzeniastego tarczycy

Rak tarczycy jest jednym z najczęstszych nowotworów endokrynych, natomiast w postaci raka rdzeniastego diagnozowany jest jedynie w około 4% przypadków, będąc tym samym rzadką chorobą onkologiczną. W około 65% przypadków raka rdzeniastego tarczycy występuje mutacja w genie RET. Zachorowalność na raka tarczycy w Polsce według danych GLOBOCAN wynosi 0.01%, z czego ok. 4% przypadków zachorowań stanowi rak rdzeniasty, w ok. 70% przypadków diagnozowany w zaawansowanym stadium, a mutacja RET występuje u około 65% takich przypadków.

Szacowana wielkość populacji: zachorowalność na raka tarczycy 0.01% [GLOBOCAN] przekłada się na 4 053 przypadki raka tarczycy rocznie w Polsce (populacja Polski: 38 356 121, GUS). Częstość występowania raka rdzeniastego 3.5%, co daje 142 przypadki diagnozowanego raka rdzeniastego rocznie. Stadium zaawansowane raka ~70% to 99 przypadki zaawansowanego raka rdzeniastego rocznie. Pacjenci otrzymujący leczenie w pierwszej linii ~40%, a to daje 40. pacjentów kwalifikujących się do leczenia 1L. Występowanie mutacji RET ~65% przekłada się na 26. pacjentów z zaawansowanym rakiem rdzeniastym tarczycy z mutacją RET kwalifikujących się do leczenia 1L. Pacjenci kwalifikujący się do leczenia w 2L ~50% to ok. 22. pacjentów kwalifikujących się do leczenia 2L. Występowanie mutacji RET ~65% dotyczy 14. pacjentów z zaawansowanym rakiem rdzeniastym tarczycy z mutacją RET kwalifikujących się do leczenia 2L. Na powyższe założenia należy nałożyć również dostęp ośrodków zajmujących się leczeniem raka tarczycy do diagnostyki w kierunku mutacji RET, co oznacza, że w realnej praktyce klinicznej pacjentów z zaawansowanym rakiem rdzeniastym tarczycy z mutacją RET kwalifikujących się do leczenia celowanego może być około 26. w ramach 1L oraz około 14. w 2L. Tym samym pacjenci z zaawansowanym rakiem rdzeniastym tarczycy z mutacją RET, to bardzo niewielka i precyzyjnie określona populacja chorych.

Rozwój innowacyjnych terapii onkologicznych zmierza w kierunku medycyny personalizowanej/precyzyjnej, w której leczenie dostosowuje się do profilu genetycznego, co umożliwi zastosowanie terapii celowanych, maksymalizując tym samym korzyść kliniczną dla pacjenta przy jednoczesnym minimalizowaniu występowania działań niepożądanych. W przypadku nowotworów obejmujących zmiany w genie RET skuteczność wykazał selperkatynib – inhibitor RET. Mutacje w genie RET prowadzą do wytwarzania przez organizm nieprawidłowych białek i w następstwie do niekontrolowanego wzrostu komórek raka. Selperkatynib (inhibitor RET) blokując aktywność tych nieprawidłowych białek pomaga tym samym ograniczyć wzrost i rozprzestrzenianie się komórek nowotworowych. Selperkatynib w kontekście raka rdzeniastego tarczycy został dopuszczony do stosowania w 2021 r. w 2. linii systemowego leczenia zaawansowanego raka rdzeniastego z mutacją RET, po niepowodzeniu kabozantynibu i/lub wandetanibu. W 2022 r. rozszerzono wskazanie o 1. linię leczenia systemowego zaawansowanego raka rdzeniastego z mutacją RET. Tym samym, selperkatynib zarejestrowany jest do stosowania u dorosłych oraz młodzieży w wieku co najmniej 12 lat

²⁸ Źródło: [Diagnostyka i leczenie raka tarczycy u chorych dorosłych — Rekomendacje Polskich Towarzystw Naukowych oraz Narodowej Strategii Onkologicznej. Aktualizacja na rok 2022 — uzupełnienie \(publikacja w języku angielskim i polskim\)](#)
Dostęp: 04.2023

z zaawansowanym rakiem rdzeniastym tarczycy z mutacją RET bez względu na linię leczenia - zarówno w 1. jak i 2. linii leczenia (po niepowodzeniu wcześniejszej terapii wandetanibem i/lub kabozantynibem). Selperkatynib to jedyny selektywny inhibitor RET zarejestrowany do stosowania w raku rdzeniastym tarczycy z mutacją w genie RET. W maju 2022 r. selperkatynib w 2. linii leczenia raka rdzeniastego tarczycy z mutacją w genie RET został uznany przez Ministerstwo Zdrowia za Technologię Lekową o Wysokiej Innowacyjności (TLI). Na moment oceny leku selperkatynib w ramach procedury dla technologii lekowych o wysokiej innowacyjności selperkatynib zarejestrowany był jedynie do stosowania w 2L leczenia zaawansowanego raka rdzeniastego tarczycy i w tym wskazaniu uzyskał status TLI. Należy podkreślić, że aktualnie lek selperkatynib posiada rejestrację do stosowania w zaawansowanym raku rdzeniastym tarczycy bez względu na linię leczenia, a w przypadku terapii celowanych molekularnie nie ma uzasadnienia klinicznego do odraczania ich stosowania w późniejszych liniach leczenia, jeśli u pacjenta z nowotworem wykryto dany rodzaj mutacji.²⁹

Oprócz selperkatynibu, aktualnie zarejestrowane do leczenia raka rdzeniastego w UE są 2 inne terapie: wandetanib oraz nierefundowany w Polsce kabozantynib. Należą one do grupy inhibitorów wielokinazowych (MKI – ang. multikinase inhibitors). Poprzez blokowanie aktywności szerokiego spektrum kinaz i niepełną inhibicję RET ich stosowanie wiąże się z określoną toksycznością. Zastosowanie leczenia selektywnego na dany typ mutacji umożliwia maksymalizację korzyści klinicznej przy jednoczesnym ograniczeniu potencjalnych działań niepożądanych w porównaniu do leków o szerszym spektrum działania. Według obecnej praktyki klinicznej leczenia zaawansowanego raka rdzeniastego tarczycy w Polsce w ramach 1. linii leczenia w ramach programu lekowego B.108 dostępny jest wandetanib (zarejestrowany do stosowania bez względu na status mutacji w genie RET). W ramach 2. linii leczenia aktualnie nie ma dostępu do żadnej innowacyjnej terapii. Chemioterapia co do zasady nie wykazuje trwałej skuteczności u pacjentów z rakiem rdzeniastym i zgodnie z wytycznymi można ją rozważyć paliatywnie w przypadku niedostępności lub nieskuteczności terapii celowanych. Tym samym, dla chorych na zaawansowanego raka rdzeniastego tarczycy istnieje aktualnie niezaspokojona potrzeba dostępu do innowacyjnego, celowanego leczenia o korzystnym profilu bezpieczeństwa: pacjenci z rakiem rdzeniastym z mutacją w genie RET w ramach 1L leczenia aktualnie leczeni są wandetanibem, inhibitorem wielokinazowym, którego mechanizm działania jest szerszy niż selektywna inhibicja RET, a u pacjentów po niepowodzeniu 1L leczenia brak jest dostępu do jakiegokolwiek innowacyjnej opcji terapeutycznej. Wyniki badania Libretto-001 wskazują, że w populacji pacjentów z zaawansowanym rakiem rdzeniastym tarczycy i mutacją w genie RET stosujących selperkatynib w 2. linii leczenia uzyskano odpowiedź na leczenie 69% [95% CI: 55; 81] oraz odsetek pacjentów wolnych od progresji choroby po 12 miesiącach 82% [95% CI: 69; 90]. W 1. linii leczenia uzyskano: odpowiedź na leczenie 73% [95% CI: 62; 82] oraz odsetek pacjentów wolnych od progresji choroby po 12 miesiącach: 92% [95% CI: 82; 97].³⁰

²⁹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-technologii-o-wysokim-poziomie-innowacyjnosci-z-30052022>

³⁰ Efficacy of Selpercatinib in RET-Altered Thyroid Cancers.
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2005651>

Profil bezpieczeństwa selperkatynibu był akceptowalny, o czym świadczy bardzo niski odsetek dyskontynuacji leczenia z powodu działań niepożądanych (2%). Do najczęstszych działań niepożądanych należały suchość w ustach oraz nadciśnienie tętnicze. Tym samym, stosowanie selperkatynibu wiązało się z wysokim i utrzymującym się odsetkiem odpowiedzi na leczenie przy jednocześnie akceptowalnym profilu bezpieczeństwa.

Podsumowując:

1. Mutacje w genie RET, występujące w przypadku raka rdzeniastego tarczycy w ok. 65% przypadków, prowadzą do wytwarzania przez organizm nieprawidłowych białek i w następstwie do niekontrolowanego wzrostu komórek raka. Selperkatynib jest selektywnym inhibitorem RET, który blokując aktywność nieprawidłowych białek pomaga ograniczyć wzrost i rozprzestrzenianie się komórek nowotworowych.
2. Zastosowanie leczenia selektywnego na dany typ mutacji umożliwia maksymalizację korzyści klinicznej przy jednoczesnym ograniczeniu potencjalnych działań niepożądanych w porównaniu do leków o szerszym spektrum działania. Aktualnie w 1L leczenia zaawansowanego raka rdzeniastego tarczycy w Polsce dostępny jest wandetanib – inhibitor wielokinazowy – (inhibitor receptora VEGFR-2, kinazy tyrozynowych RET, kinazy tyrozynowej receptora 3. czynnika wzrostu śródbłonna). Selperkatynib to jedyny selektywny inhibitor RET zarejestrowany do stosowania w zaawansowanym raku rdzeniastym tarczycy z mutacją w genie RET. W 1L leczenia zaawansowanego raka rdzeniastego z mutacją RET nie ma aktualnie dostępu do żadnego leczenia o mechanizmie działającym selektywnie na mutacje RET.
3. Po niepowodzeniu 1L leczenia, selperkatynib jest jedyną zarejestrowaną w UE innowacyjną terapią dla pacjentów z zaawansowanym rakiem rdzeniastym z mutacją w genie RET. Chemioterapia co do zasady nie wykazuje trwałej skuteczności u pacjentów z rakiem rdzeniastym i zgodnie z wytycznymi można ją rozważyć paliatywnie w przypadku niedostępności lub nieskuteczności terapii celowanych.
4. Wartość terapii selperkatynibem została rozpoznana przez Ministerstwo Zdrowia poprzez umieszczenie go na liście Technologii Lekowych o wysokim poziomie Innowacyjności (TLI) w 2L leczenia zaawansowanego raka rdzeniastego tarczycy z mutacją w genie RET. Należy podkreślić, że aktualnie lek selperkatynib posiada rejestrację do stosowania w zaawansowanym raku rdzeniastym tarczycy bez względu na linię leczenia, a w przypadku terapii celowanych, u chorych z danym rodzajem mutacji, nie ma uzasadnienia klinicznego do odraczania ich stosowania w czasie w późniejszych liniach leczenia.
5. Wysoką skuteczność selperkatynibu u pacjentów z zaawansowanym rakiem rdzeniastym tarczycy z mutacją w genie RET potwierdza uzyskany w badaniu wysoki i utrzymujący się odsetek odpowiedzi na leczenie przy jednoczesnym akceptowalnym profilu bezpieczeństwa: 1Linia: odpowiedź na leczenie 73%, a 2Linia: odpowiedź na leczenie 69%.
6. Ze względu na niezwykle rzadki charakter występowania zaawansowanego raka tarczycy z mutacją w genie RET, jest to niewielka i precyzyjnie określona populacja. W realnej praktyce klinicznej pacjentów z zaawansowanym rakiem rdzeniastym tarczycy z mutacją RET kwalifikujących się do leczenia celowanego może być około 26. w ramach 1Linii oraz około 14. w 2Linii.

Terapia selperkatynibem będzie refundowana w programie B.108 leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy od września 2023.

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 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 dokonano 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 nowotworów: 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 wciąż bardzo ograniczone możliwości leczenia: mimo wielu przeprowadzonych prób klinicznych nie udało się wykazać efektywności kolejnych molekuł. Jedyną 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 małych 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 oraz polskie – Polskiego Klubu Trzustkowego. 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 irynotekaniem liposomowym nie pogarsza jakości życia chorych. Lek 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 irynotekaniem liposomowym to ok. 289 pacjentów rocznie. Obecnie irynotekany liposomowe w terapii raka trzustki jest refundowany w 18 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 nawet u 30% osób, 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 konsekwencjami 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, tym samym mogąca 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 one 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 2022 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. Abemacyklib to pierwszy i jedyny inhibitor CDK4 i 6 w terapii HR+, HER2- wczesnego raka

piersi z wysokim ryzykiem nawrotu. 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 roku³¹.

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. Raport pt. „Ocena strat ekonomicznych i kosztów leczenia nowotworów piersi, szyjki macicy i jajnika w Polsce”, w którym oszacowano koszty społeczne ponoszone w Polsce na leczenie chorych z rakiem piersi wskazuje na następujące koszty dla systemu w roku 2014: strata związana z przedwczesnym zgonem - ponad 790 mln PLN, strata spowodowana trwałą niezdolnością do pracy - ponad 970 mln PLN, absenteizm chorych - ponad 570 mln oraz renty z tytułu niezdolności do pracy - 126 mln PLN³².

Podsumowując:

- Pomimo że aktualnie w ramach programu B.9 leczenia raka piersi refundowanych jest wiele cząsteczek, pacjenci z najczęściej diagnozowanym podtypem raka – wczesnym, hormonozależnym HER2- nie mają aktualnie dostępu do żadnej innowacyjnej terapii w ramach programu lekowego.
- Aktualnie refundowane w ramach programu lekowego terapie dotyczą w znacznej większości stadium zaawansowanego raka piersi, w którym całkowite wyleczenie nie jest już możliwe. Należy podkreślić, że w przypadku raka zdiagnozowanego na wczesnym etapie choroby istnieje szansa na całkowite wyleczenie chorego, dlatego kluczowe jest zwiększanie dostępu pacjentów do terapii stosowanych we wczesnych nowotworach piersi.
- W przypadku pacjentów z wczesnym hormonozależnym, HER2- rakiem piersi, istnieje populacja chorych wysokiego ryzyka, dla których aktualnie refundowane leczenie (hormonoterapia) jest nieoptymalne. Pomimo zastosowania aktualnie dostępnych metod leczenia, aż u 20-30% chorych dochodzi do nawrotu choroby. Nawrót występuje najczęściej w postaci przerzutów odległych (do wątroby, kości), czyniąc chorobę nieuleczalną i nieuchronnie prowadząc do śmierci.

³¹ <https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2020/08/raport-onkologia-0826.pdf>

³² Nojszewska E, Bodnar L, Łyszczarz B, Sznurkowski J, Sliwczyński A, Instytut Innowacyjna Gospodarka. Ocena strat ekonomicznych i kosztów leczenia nowotworów piersi, szyjki macicy i jajnika w Polsce. Warszawa 2016. Fundacja Instytut Innowacyjna Gospodarka.

- To właśnie tym pacjentom - z grupy wysokiego ryzyka nawrotu, a więc o szczególnie niekorzystnym rokowaniu - dedykowana jest wnioskowana terapia abemacyklibem, która wykazała skuteczność w 34% redukcji ryzyka nawrotu inwazyjnego oraz przerzutów odległych
- w porównaniu do aktualnie refundowanego w Polsce standardu leczenia (monoterapii hormonoterapią).
- Należy podkreślić, że ryzyko nawrotu choroby w czasie jest zmienne – największe ryzyko występuje w ciągu pierwszych 2 lat od diagnozy. To właśnie w tym okresie największego ryzyka nawrotu wykazano korzyść terapii skojarzonej lekiem abemacyklib w zakresie redukcji ryzyka nawrotu.

Terapia złożona oparta na skojarzeniu trifurydyny/typiracylu z bewacuzymabem u pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego, którzy doświadczyli progresji choroby pomimo zastosowania dwóch linii leczenia systemowego

Rak jelita grubego (CRC) jest trzecim najczęściej występującym nowotworem na świecie.³³ W 2020 roku zdiagnozowano raka jelita grubego u prawie 1,9 mln pacjentów, co odpowiada 10% przypadków nowotworów na świecie.³⁴ Rak jelita grubego jest drugą przyczyną śmiertelności z powodu nowotworów, odpowiadając za 930 tys. zgonów na całym świecie w 2020 r. Eksperci szacują, że światowa zachorowalność na raka jelita grubego przekroczy 3,2 mln przypadków rocznie do 2040 r. (wzrost o 63%), a liczba zgonów ma wzrosnąć o ponad 70% do 1,6 mln rocznie.³⁵

W Polsce rak jelita grubego stanowi drugą przyczynę zgonów spowodowanych wystąpieniem nowotworów, a zmieniające się nawyki żywieniowe, które obserwujemy od początku lat 90. XX wieku sprawiają, że problem narasta.³⁶ W 2020 roku odnotowano około 14,5 tysięcy nowych przypadków zachorowań na raka jelita grubego, a w przypadku 11,5 tysiąca Polaków rak jelita grubego był przyczyną zgonu.³⁷ Wysoka statystyka zgonów z powodu raka jelita grubego w Polsce wynika z faktu niespecyficzności objawów choroby, która może rozwijać się w ukryciu przez wiele lat jak i wciąż niskiej skali wykorzystywania badań profilaktycznych pozwalających wykryć raka jelita grubego na wczesnym etapie. Niska świadomość choroby i wciąż zbyt niska liczba zabiegów profilaktycznej kolonoskopii powoduje, że w Polsce u ok. 25-30% pacjentów rak jelita grubego rozpoznawany jest w zaawansowanym stadium choroby z przerzutami do innych narządów (głównie wątroba i płuca). W Polsce istnieje wciąż niezaspokojona potrzeba zwiększenia dostępności do innowacyjnych terapii

³³ World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Global burden of colorectal cancer in 2020 and 2040: incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. <https://www.iarc.who.int/news-events/global-burden-of-colorectal-cancer-in-2020-and-2040-incidence-and-mortality-estimates-from-globocan/#:~:text=The%20authors%20predict%20that%20by,an%20increase%20of%2073%25>

³⁴ www.wcrf.org/cancer-trends/worldwide-cancer-data

³⁵ Ibidem

³⁶ Raport "Nowotwory złośliwe w Polsce w 2020 roku". www.onkologia.org.pl/pl/publikacje

³⁷ Raport z Krajowego Rejestru Nowotworów za rok 2020. www.onkologia.org.pl

zwiększających skuteczność leczenia pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego, którzy doświadczyli progresji choroby pomimo zastosowania wcześniejszych dwóch linii leczenia.³⁸

Nową nadzieją dla pacjentów jest lek złożony z przeciwnowotworowego analogu nukleozydowego tymidyny, triflurydyny, oraz z inhibitora fosforylasy tymidynowej, typiracylu w zestawieniu z bewacyzumabem. Po wychwycie w komórkach nowotworowych, triflurydyna jest fosforylowana przez kinazę tymidynową, a następnie metabolizowana w komórkach do substratu kwasu deoksyrybonukleinowego DNA i wbudowana bezpośrednio w DNA, tym samym zaburzając funkcję DNA, aby zapobiec procesowi dzielenia się i wzrostu komórek nowotworowych. Typiracyl hamuje rozkład triflurydyny pod wpływem fosforylasy tymidynowej, co zwiększa czas działania triflurydyny. Lek bewacyzumab to rekombinowane, humanizowane przeciwciało monoklonalne wytwarzane z zastosowaniem rekombinacji DNA w komórkach jajnika chomika chińskiego. Wiąże się z czynnikiem wzrostu śródbłonna naczyniowego (VEGF), hamując jego wiązanie z receptorami Flt-1 (VEGFR-1) i KDR (VEGFR-2) na powierzchni komórek śródbłonna. Zmniejszenie ich aktywności zmniejsza unaczynienie nowotworów litych, co prowadzi do hamowania ich wzrostu. Lek wykazuje działanie przeciwnowotworowe w stosunku do wielu nowotworów (m.in. raka okrężnicy, raka piersi, niedrobnokomórkowego raka płuca, raka nerki, a także trzustki i gruczołu krokowego).

Badanie SUNLIGHT, to międzynarodowe, randomizowane, otwarte, dwuramienne badanie kliniczne fazy III z aktywną kontrolą, mające na celu zbadanie skuteczności i bezpieczeństwa terapii skojarzonej - triflurydyny/typiracylu z bewacyzumabem w porównaniu z triflurydyną/typiracylem w monoterapii u pacjentów z opornym na leczenie rakiem jelita grubego z przerzutami po dwóch schematach chemioterapii.³⁹ Do badania włączono 492 pacjentów, których losowo (w stosunku 1:1) przydzielono do grupy otrzymującej triflurydynę/typiracyl w skojarzeniu z bewacyzumabem lub monoterapię triflurydyną/typiracyl. Głównym celem badania (pierwszorzędowy punkt końcowy) była ocena całkowitego przeżycia pacjentów (OS, *overall survival*) z użyciem triflurydyny/typiracylu i bewacyzumabu w porównaniu z samą triflurydyną/typiracylem. Drugorzędowymi punktami końcowymi były: czas wolny od progresji choroby (PFS, *progression free survival*), całkowity odsetek odpowiedzi na leczenie (ORR, *overall response rate*), wskaźnik kontroli choroby (DCR, *disease control rate*) i jakość życia (QoL, *quality of life*), a także bezpieczeństwo i tolerancja triflurydyny/typiracylu stosowanych w skojarzeniu z bewacyzumabem w porównaniu z monoterapią triflurydyną/typiracylem. Skuteczność terapii skojarzonej opartej na triflurydynie/typiracylu w połączeniu z bewacyzumabem powinny być rozpatrywane w kontekście bardzo niekorzystnego rokowania pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego, którzy doświadczyli progresji choroby pomimo zastosowania

³⁸ Ibidem

³⁹ Trifluridine–Tpiracil and Bevacizumab in Refractory Metastatic Colorectal Cancer. Gerald W. Prager, M.D., Julien Taieb, M.D., Ph.D., Marwan Fakih, M.D., Fortunato Ciardiello, M.D., Ph.D., Eric Van Cutsem, M.D., Ph.D., Elena Elez, M.D., Ph.D., Felipe M. Cruz, M.D., Ph.D., Lucjan Wyrwicz, M.D., Ph.D., Daniil Stroyakovskiy, M.D., Ph.D., Zsuzsanna Papai, M.D., Pierre-Guillaume Poureau, M.D., Gabor Liposits, M.D., Chiara Cremolini, M.D., Ph.D., Igor Bondarenko, M.D., Ph.D., Dominik P. Modest, M.D., Karim A. Benhadji, M.D., Nadia Amellal, M.D., Catherine Leger, M.Sc., Loick Vidot, M.Sc., and Josep Tabernero, M.D., Ph.D., for the SUNLIGHT Investigators*, *The New England Journal of Medicine* 2023; 388:1657-1667. DOI: 10.1056/NEJMoa2214963. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2214963>

dwóch linii leczenia i przy ograniczonej skuteczności dalszych linii leczenia). Terapia skojarzona oparta na triflurydynie/typiracylu (FTD-TPI) + bewacyzumab istotnie wydłużyła czas życia pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego, którzy doświadczyli progresji choroby na dwóch wcześniej zastosowanych liniach chemioterapii w porównaniu do grupy pacjentów leczonych triflurydyną/typiracylem w monoterapii. Mediana przeżycia całkowitego wyniosła 10,8 miesiąca w grupie skojarzonej i 7,5 miesiąca w grupie FTD-TPI (współczynnik ryzyka zgonu, 0,61; 95% przedział ufności [CI], 0,49 do 0,77; $p < 0,001$). 6-miesięczne przeżycie pacjentów w grupie leczenia skojarzonego FTD-TPI+ bewacyzumab vs FTD-TPI w monoterapii wynosiło odpowiednio: 77% i 61%. Po 12 miesiącach w grupie terapii skojarzonej żyło 43% pacjentów, a w grupie monoterapii 30% pacjentów. Terapia skojarzona oparta na triflurydynie/typiracylu (FTD-TPI) + bewacyzumab istotnie wydłużyła czas życia wolnego od progresji choroby u pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego, którzy doświadczyli progresji choroby na dwóch wcześniej zastosowanych liniach chemioterapii w porównaniu do grupy pacjentów leczonych triflurydyną/typiracylem w monoterapii. Mediana czasu przeżycia wolnego od progresji choroby wyniosła 5,6 miesiąca w grupie otrzymującej leczenie skojarzone i 2,4 miesiąca w grupie FTD-TPI (współczynnik ryzyka progresji choroby lub śmierć, 0,44; 95% CI, 0,36 do 0,54; $P < 0,001$). Najczęstsze działania niepożądane obserwowane w obu grupach to: neutropenia, nudności i niedokrwistość. Nie zaobserwowano zgonów związanych z leczeniem. Mediana czasu do pogorszenia stanu sprawności w skali ECOG z 0 lub 1 do 2 lub więcej wynosił 9,3 miesiąca w grupie skojarzonej i 6,3 miesiąca w grupie FTD-TPI (współczynnik ryzyka 0,54; 95% CI, 0,43 do 0,67). Jest to wynik niezwykle istotny ponieważ pokazuje, że zastosowanie terapii skojarzonej FTD-TPI + bewacyzumab efektywniej wydłuża fizyczną sprawność pacjentów i otwiera im szansę na leczenie w kolejnych liniach terapii. Terapia złożona oparta na skojarzeniu triflurydyny/typiracylu z bewacyzumabem stanowi szansę na wydłużenie życia i poprawę jakości życia pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego, którzy doświadczyli progresji choroby pomimo zastosowania dwóch linii leczenia systemowego.

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 dzietności. 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. Nadziej 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.⁴⁰ 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.⁴¹ 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 tę cechę.

Dzięki decyzji Ministra Zdrowia od 1 września 2023 r. dostarlimab jest refundowany publicznie w ramach programu lekowego B.148. LECZENIE CHORYCH NA RAKA ENDOMETRIUM (ICD-10 C54) w II linii leczenia pacjentek z nawrotowym lub zaawansowanym rakiem endometrium z upośledzeniem naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (dMMR) lub wysoką niestabilnością mikrosatelitarną (MSI-H).⁴²

6. Tezy dla Zdrowia

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

1. PRZYJĘCIE ZASADY „ZDROWIE W POLITYCE”

ZDROWIE znajduje się na pierwszej pozycji naszych potrzeb. Nie stało się jednak priorytetem programu żadnej partii. Proponujemy zapisanie w regulaminie Sejmu zasady dorocznego expose Premiera odnoszącego się także do wyzwań związanych ze zdrowiem Polaków, wygłaszanego w Światowym Dniu Chorego – 11 lutego i odnoszącego się do aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia.

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

JAKOŚĆ powinna stać się wyznacznikiem wszelkich działań w obszarze ochrony zdrowia poczynając od stosunku do pacjenta, dbałości o jego dostęp do wykwalifikowanych kadr, procedur diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych, przez kadry i procesy decyzyjne zapobiegające marnotrawieniu rosnących środków na opiekę medyczną i służących racjonalizacji wydatków. Wszystko to z myślą

⁴⁰ <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2771011>

⁴¹ <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1538.htm>

⁴² <https://www.gov.pl/web/zdrowie/projekt-obwieszczenia-ministra-zdrowia-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywniowego-oraz-wyrobow-medycznych-ktory-wejdzie-w-zycie-1-wrzesnia-2023-r>

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 przykładąć 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 CHOROBYM CYWILIZACYJNYM (SERCOWO-NACZYNIOWYM, ONKOLOGICZNYM, METABOLICZNYM) I PREMIOWANIE PRZESTRZEGANIA ZASADY WSPÓŁODWIEDZIALNOŚCI KAŻDEGO Z NAS ZA WŁASNE ZDROWIE

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

13. POSTAWIENIE NA 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 jednym 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 pielęgniarzek, 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 rozwadze”.
Dr Janusz Meder (1980)

1. Powitaj pacjenta – podaj mu rękę na przywitanie.
2. Skup, choć kilka minut, tylko na nim swoją uwagę – dając do zrozumienia, że w tym czasie on jest najważniejszy dla ciebie i zbierz wywiad lekarski w sposób zwięzły i taktowny, komunikując się językiem zrozumiałym dla swojego rozmówcy i dochowując tajemnicy lekarskiej oraz innych praw pacjenta.
3. Poproś pacjenta o rozebranie się z zachowaniem jego prawa do wolności, godności i intymności, a następnie, mając jego przyzwolenie, dokładnie zbadaj jego ciało w całości.
4. Na każdym etapie diagnozy i leczenia wyobrażaj sobie, że to ty jesteś na miejscu pacjenta i pomyśl, czy chciałbyś być tak samo traktowany.
5. Zważaj na każde wypowiediane 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 zaświadczej 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

SPONSORZY, PARTNERZY:

