



# RAPORT: CZAS W ONKOLOGII - CZAS DLA ONKOLOGII. WSPÓLNOTA EUROPEJSKICH WYZWAŃ

*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  
31 stycznia 2025 r.

Raport Medycznej Racji Stanu pt. Czas w onkologii – czas dla onkologii. Wspólnota europejskich wyzwań. Debata Medycznej Racji Stanu na Światowy Dzień Walki z Rakiem. Styczeń 2025 r.

ISBN: 978-83-972772-5-0

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

Autorzy wypowiedzi w kolejności alfabetycznej:

1. Prof. Mariusz Bidziński, Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej
2. Marzenna Bieńkowska, Zastępca Dyrektora Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta
3. Prof. Alicja Chybicka, Posłanka na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia, Przewodnicząca Zespołu Parlamentarnego ds. Chorób Rzadkich, Transplantologii i Rodziców dla Klimatu
4. Prof. Urszula Demkow, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
5. Małgorzata Dudkiewicz, Prezes Fundacji Herosi
6. Bogi Eliassen, Dyrektor Wydziału Zdrowia w Kopenhaskim Instytucie Badań nad Przyszłością
7. J.E. Fabrice Filliez, Ambasador Szwajcarii w Polsce
8. Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia
9. Arkadiusz Grądkowski, Prezes Izby POLMED, Członek Zarządu MedTech Europe
10. Prof. Maciej Harat, Kierownik Zakładu Neuroonkologii i Radiochirurgii, Centrum Onkologii im. Profesora F. Łukaszczyka w Bydgoszczy
11. Prof. Beata Jagielska, Dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii, Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie
12. Dorota Korycińska, Prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej
13. Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Instytucie Badawczym w Warszawie
14. Prof. Paweł Kowal, Inicjator powołania Medycznej Racji Stanu, Sejmowa Komisja Spraw Zagranicznych
15. Prof. Artur Kowalik, Kierownik Zakładu Diagnostyki Molekularnej w Świętokrzyskim Centrum Onkologii
16. Dr Leszek Kraj, Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
1. Milena Kruszewska, Prezes Fundacji Watch Health Care
2. Anna Kupiecka, Prezes Fundacji OnkoCafe
3. Prof. Ewa Lech-Marańda, Konsultant krajowa w dziedzinie hematologii
4. Dr Iga Lipska, Prezeska Instytutu Polityki Zdrowotnej
5. Prof. Adam Maciejczyk, Prezes Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych, Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu
6. Elżbieta Markowska, Prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Prezes Stowarzyszenia Częstochowskiej Amazonki
7. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu
8. Mgr Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu
9. Prof. Lucyna Ostrowska, Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Kierownik Zakładu Dietetyki i Żywienia Klinicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
10. Iga Rawicka, Prezes Fundacji EuropaColon Polska
11. Aleksandra Rudnicka, Rzeczniczka Stowarzyszenia Sanitas, Rzeczniczka Osób Objętych Opieką Paliatywną
12. Prof. Piotr Rutkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego
13. Dr Iwona Skoneczna, Kierownik Oddziału Chemioterapii, Szpital Grochowski J.Masztaka w Warszawie
14. Dr Michał Sutkowski, Dyrektor NZOZ „Medycyna Rodzinna” z siedzibą w Osuchowie, Prezes- Elekt KLRwP, Współzałożyciel i ekspert Medycznej Racji Stanu, Prodziekan ds. Rozwoju – Wydział Medyczny Uczelnia Łazarskiego
15. Prof. Jan Styczyński, Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej
16. Jennifer Tyldesley, Radczyni Minister ds. gospodarczych, Ambasada Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej
17. Krystyna Wechmann, Prezes Ogólnopolskiej Federacji Amazonki
18. Mgr Monika Wielichowska, Wicemarszałek Sejmu RP
19. Aleksandra Wilk, Dyrektor Sekcji Raka Płuca Fundacji „To się Leczy”.

Organizacja Debaty i koordynacja ze strony Medycznej Racji Stanu: Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska. Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Raport Medycznej Racji Stanu pt. pt. Czas w onkologii – czas dla onkologii. Wspólnota europejskich wyzwań. Debata Medycznej Racji Stanu na Światowy Dzień Walki z Rakiem. Styczeń 2025 r.*

## Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania .....	3
2. Wprowadzenie, Mgr Anna Jasińska, Mgr Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu.....	10
3. Stanowiska prelegentów .....	14
Mgr Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu.....	14
Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress .....	15
Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu.....	16
Dr Michał Sutkowski, Dyrektor NZOZ „Medycyna Rodzinna” z siedzibą w Osuchowie, Prezes- Elekt KLRwP, Współzałożyciel i ekspert Medycznej Racji Stanu, Prodziekan ds. Rozwoju – Wydział Medyczny Uczelnia Łazarskiego .....	17
Prof. Paweł Kowal, Inicjator powołania Medycznej Racji Stanu, Sejmowa Komisja Spraw Zagranicznych.....	19
Mgr Monika Wielichowska, Wicemarszałek Sejmu RP .....	20
Prof. Adam Maciejczyk, Prezes Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych, Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu .....	20
J.E. Fabrice Filliez, Ambasador Szwajcarii w Polsce.....	21
Prof. Urszula Demkow, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.....	22
Prof. dr hab. n. med. Anna Latos-Bieleńska, Konsultant Krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej, Katedra i Zakład Genetyki Medycznej UM w Poznaniu.....	24
Prof. Alicja Chybicka, Posłanka na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia, Przewodnicząca Zespołu Parlamentarnego ds. Chorób Rzadkich, Transplantologii i Rodziców dla Klimatu .....	25
Jennifer Tyldesley, Radczynie Minister ds. gospodarczych, Ambasada Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.....	26
Prof. Ewa Lech-Marańda, Konsultant krajowa w dziedzinie hematologii .....	27
Prof. Maciej Harat, Kierownik Zakładu Neuroonkologii i Radiochirurgii, Centrum Onkologii im. Profesora F. Łukaszczyka w Bydgoszczy .....	29
Prof. Lucyna Ostrowska, Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Kierownik Zakładu Dietetyki i Żywności Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.....	30
Krzyszyna Wechmann, Prezes Ogólnopolskiej Federacji Amazonki.....	31
Marzenna Bieńkowska, Zastępca Dyrektora Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta .....	32
Dr Iga Lipska, Prezeska Instytutu Polityki Zdrowotnej .....	33

Elżbieta Markowska, Prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Prezes Stowarzyszenia Częstochowskiej Amazonki.....	35
Prof. Beata Jagielska, Dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii, Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie .....	36
Milena Kruszewska, Prezes Fundacji Watch Health Care.....	37
Bogi Eliassen, Dyrektor Wydziału Zdrowia w Kopenhaskim Instytucie Badań nad Przyszłością (Copenhagen Institute for Futures Studies).....	39
Prof. Piotr Rutkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego .....	40
Prof. Jan Styczyński, Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej .....	41
Prof. Mariusz Bidziński, Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej .....	43
Dr Leszek Kraj, Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego .....	43
Arkadiusz Grądkowski, Prezes Izby POLMED, Członek Zarządu MedTech Europe.....	44
Dr Iwona Skoneczna, Kierownik Oddziału Chemioterapii, Szpital Grochowski im. dr Rafała Masztaka w Warszawie .....	45
Prof. Artur Kowalik, Kierownik Zakładu Diagnostyki Molekularnej w Świętokrzyskim Centrum Onkologii.....	46
Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Instytucie Badawczym w Warszawie.....	47
Iga Rawicka, Prezes Fundacji Europa Colon Polska .....	48
Dorota Korycińska, Prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej.....	49
Aleksandra Wilk, Dyrektor Sekcji Raka Płuca Fundacji „To się Leczy” .....	50
Aleksandra Rudnicka, Rzeczniczka Stowarzyszenia Sanitas, Rzeczniczka Osób Objętych Opieką Paliatywną .....	52
Małgorzata Dudkiewicz, Prezes Fundacji Herosi .....	53
Anna Kupiecka, Prezes Fundacji OnkoCafe .....	53
Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia.....	54
4. Wnioski i rekomendacje .....	57
5. Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu w zakresie onkologii.60	
Zaspokojenie potrzeb pacjentów onkologicznych w kontekście dostępu do wyrobów medycznych .. 60	
Zaspokojenie potrzeb pacjentów onkologicznych w kontekście dostępu do diagnostyki, w tym diagnostyki molekularnej .....	61
Zaspokojenie potrzeb pacjentów onkologicznych w kontekście dostępu do nowoczesnych terapii lekowych.....	63

Alektynib w monoterapii w leczeniu adjuwantowym po całkowitej resekcji u dorosłych pacjentów z ALK-dodatnim niedrobnokomórkowym rakiem płuca (NDRP), u których występuje duże ryzyko wznowy.....	63
Frukwentynib w monoterapii zaawansowanego lub nawrotowego raka jelita grubego.....	64
Terapie CAR-T w leczeniu nowotworów .....	66
Profilaktyka i terapia otyłości, jako profilaktyka rozwoju nowotworów.....	66
Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych (adherence).....	69
6. Tezy dla Zdrowia.....	70
7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem.....	74
8. Dziewięć kroków do tego, aby żyć 100 lat w pełnym zdrowiu wg Prof. Alicji Chybickiej (na podstawie różnych publikacji).....	74

## 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, zrozumiałem dla ludzi, którzy na co dzień nie zajmują się ochroną zdrowia, nie leczą, nie kierują szpitalami, ale którym zależy, bo widzą, że jest to najważniejszy program społeczny. I moim zdaniem, jedynym sposobem, by rozwiązać nabrzmiały problem społeczny, jest otwarcie go na inne środowiska, tak żeby zainteresować nim osoby, którym wcześniej nawet do głowy nie przyszłoby zajmować się 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. Poniżej przedstawiono w porządku chronologicznym spotkania Medycznej Racji Stanu w latach 2016-2024.

Tabela. Spotkania Medycznej Racji Stanu w porządku chronologicznym 2016-2024 r.










<p>1. <b>5 grudnia 2016 r. „Zdrowie i Bezpieczeństwo Narodowe”</b> – tak jak niebezpieczeństwa zewnętrzne wymagają czujności i gotowości do działania, tak choroby cywilizacyjne wymagają skutecznych działań systemowych prowadzących do ograniczenia zgonów i inwalidztwa Polaków.</p>	
<p>2. <b>29 czerwca 2018 r. „Tezy dla Zdrowia”</b> - prezentacja wypracowanych przez Radę Ekspertów propozycji pilnych rozwiązań systemowych.</p>	
<p>3. <b>17 kwietnia 2019 r. „Zdrowie - Kapitał Narodu”</b> - potrzeba traktowania nakładów na zdrowie, jako inwestycji, a nie tylko wydatków, szczególnie w odniesieniu do chorób przewlekłych.</p>	
<p>4. <b>10 października 2019 r. „Czas w Onkologii”</b> - apel o świadomość ryzyka nowotworu każdego z obywateli, czujność onkologiczną lekarzy pierwszego kontaktu, szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki i optymalnych metod terapii.</p>	
<p>5. <b>10 lutego 2020 r. „Ja Pacjent”</b> - wymóg orientacji całego systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej na potrzeby pacjentów. W kontekście wyzwań epidemiologicznych, klinicznych i ekonomicznych podkreślano potrzebę solidarności z chorymi.</p>	
<p>6. <b>11 grudnia 2019 r. I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości</b> - 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.</p>	
<p>7. <b>8 kwietnia 2020 r. I Spotkania Online Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu</b> – rak nie zna pojęcia kwarantanna.</p>	
<p>8. <b>13 maja 2020 r. – III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu online</b> – chorzy na choroby rzadkie wymagają szczególnej opieki w dobie pandemii oraz oczekują na Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich.</p>	
<p>9. <b>25 czerwca 2020 r. – II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu online</b> – choroby metaboliczne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie.</p>	

<p>10. <b>27 lipca 2020 r. – I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych Medycznej Racji Stanu online</b> – choroby zakaźne atakują i od odpowiedzialności obywatelskiej, szczepień profilaktycznych oraz dostępu do skutecznego leczenia zależy zdrowie i życie wszystkich Polaków.</p>	
<p>11. <b>25 września 2020 r. Wartości w medycynie - czego uczy nas światowy kryzys zdrowia</b> - zdrowie jest jedną z największych wartości człowieka i społeczeństwa.</p>	
<p>12. <b>7 grudnia 2020 r. Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego: profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia</b> - sytuacja epidemiologiczna nie może zahamować diagnostyki i leczenia nowotworów.</p>	
<p>13. <b>4 lutego 2021 r. Światowy Dzień Walki z Rakiem - Otwarci dla pacjenta. Otwarci na pacjenta</b> - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do wyzwań onkologii w drugim roku pandemii Covid-19.</p>	
<p>14. <b>26 lutego 2021 r. IV Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu</b> - 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.</p>	
<p>15. <b>19 marca 2021 r. I Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu</b> - było poświęcone sytuacji chorych autoimmunologicznych w dobie pandemii Covid-19</p>	
<p>16. <b>23 kwietnia 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Postęp terapeutyczny – szansa dla pacjentów.</b></p>	
<p>17. <b>Wyzwanie dla systemu. Perspektywa czasu pandemii Covid-19</b> - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych w medycynie.</p>	
<p>18. <b>17 czerwca 2021 r. I Spotkanie Rady Ekspertów MRS ds. Neurologii i Psychiatrii</b> - debata ekspercko- systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych oraz poprawy modelu opieki w chorobach mózgu.</p>	
<p>19. <b>10 sierpnia 2021 r. III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu</b> - chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej</p>	
<p>20. <b>28 września 2021 r. III Spotkanie Rady Ekspertów Medycznej Racji Stanu ds. Chorób sercowo-naczyniowych, Metabolicznych i przeciwdziałania Otyłości</b> - choroby sercowo-naczyniowe, metaboliczne i otyłość stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce.</p>	
<p>21. <b>15 listopada 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny</b> - 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.</p>	



<p>22. <b>2 grudnia 2021 r. Sprawdzam - Wygrywam. Diagnostyka i leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce</b> - wirusowe zapalenie wątroby typu C jest jednym z kluczowych wyzwań polityki zdrowotnej w Polsce, a dzięki diagnostyce i leczeniu może być wyeliminowane do 2030 r.</p>	
<p>23. <b>1 lutego 2022 r. IV spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu</b> - eksperci Medycznej Racji Stanu zastanawiali się, jak poradzić sobie z długim zdrowotnym i finansowym w onkologii, który powstał w wyniku pandemii Covid-19. Spowolniła ona realizację Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO).</p>	
<p>24. <b>15 lutego 2022 r. V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu</b> - pandemia Covid-19 prowadzi do utrudnionego dostępu chorych na choroby rzadkie do diagnostyki i terapii. Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich.</p>	
<p>25. <b>25 marca 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowe Kobiety w Obliczu Wyzwań Geopolitycznych</b> - II etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”.</p>	
<p>26. <b>30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Bezpieczeństwo zdrowotne Polski - nowe wyzwania dla idei solidarności Europy.</b> Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi, a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka.</p>	
<p>27. <b>30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Aktualne wyzwania w leczeniu nowotworów kobiecych</b> – III etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”.</p>	
<p>28. <b>22 sierpnia 2022 r. V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu</b> - Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany szybki i nielimitowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej.</p>	
<p>29. <b>22 września 2022 r. Wspólne cele w realizacji idei Europejskiej Unii Zdrowia</b> - I debata ekspercka Medycznej Racji Stanu.</p>	
<p>30. <b>26 września 2022 r. VI Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu</b> - Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich w życie oraz kontynuacja refundacji publicznej leków.</p>	
<p>31. <b>14 listopada 2022 r. Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet w Polsce w ramach kampanii Bezpieczeństwo Rodziny</b> - Zdrowie kobiety powinno być traktowane priorytetowo w polskim systemie ochrony zdrowia.</p>	
<p>32. <b>16 grudnia 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Wyzwania zdrowia - poczucie bezpieczeństwa. Perspektywa 2022/2023</b> - W czasach pandemii COVID-19 i wojny w Ukrainie wyzwania zdrowia powinny być traktowane priorytetowo we wszystkich aspektach funkcjonowania kraju.</p>	
<p>33. <b>2 lutego 2023 r. Specjalna Debata Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu pt. Wiedza, Determinacja, Współpraca - Cancer Moonshot</b> - Dzięki współpracy, możemy zmniejszyć śmiertelność z powodu raka.</p>	

<p>34. <b>2 marca 2023 r. VII Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu</b> - Choroby rzadkie w Polsce są traktowane priorytetowo, co pokazuje rozporządzenie ministra Zdrowia, uchwalony i wdrażany Plan dla Chorób Rzadkich 2021-2023 oraz Fundusz Medyczny</p>	
<p>35. <b>30 marca 2023 r. II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu</b> - Rekomendowana jest szybka diagnoza i leczenie chorób autoimmunologicznych.</p>	
<p>36. <b>20 kwietnia 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Liczymy się z naszym zdrowiem</b> - W ostatnich dekadach rośnie znaczenie pomiaru kosztów w systemie ochrony zdrowia</p>	
<p>37. <b>25 maja 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny</b> - 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.</p>	
<p>38. <b>22 czerwca 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Wartość Zdrowie</b> - Zdrowie w Polsce musi być traktowane przez rząd jako wartość narodowa, na równi z bezpieczeństwem narodowym i wzrostem gospodarczym.</p>	
<p>39. <b>13 lipca 2023 r. Okrągły Stół Medycznej Racji Stanu pt. Pacjenci-eksperci-system. Jakość życia w chorobach rzadkich i neurologicznych</b>- Medyczna Racja Stanu od kilku lat wspiera poprawę sytuacji pacjentów z chorobami rzadkimi i neurologicznymi.</p>	
<p>40. <b>28 sierpnia 2023 r. VI Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu</b> - Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany szybki i nielimitowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej.</p>	
<p>41. <b>28 września 2023 „TAK dla zdrowia rodziny”</b> - Debata i konferencja inauguracyjna Kampanii Medycznej Racji Stanu i Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Celem Kampanii „TAK dla zdrowia rodziny” jest propagowanie profilaktyki onkologicznej.</p>	
<p>42. <b>27 listopada 2023 „Choroby zakaźne - skala zagrożeń”</b> - Debata Medycznej Racji Stanu. Choroby zakaźne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Kluczowe działania to wzrost edukacji, szczepienia ochronne, diagnostyka i leczenie – w tym racjonalna antybiotykoterapia.</p>	
<p>43. <b>5 grudnia 2023 „Aktywność zawodowa pacjenta i jego bliskich”</b> - Debata Medycznej Racji Stanu. Aktywność zawodowa jest ogromnym wyzwaniem.</p>	
<p>44. <b>29 stycznia 2024 r. „Zdrowie – wartość wspólna. Światowy Dzień Walki z Rakiem – Cancer Moonshot”</b> - Debata Medycznej Racji Stanu. Osiągnięcia każdego państwa w promocji i ochronie zdrowia mają wartość dla wszystkich. Zdrowie jest najwyższą wartością.</p>	

<p>45. <b>28 lutego 2024 r. VIII Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu</b> - Choroby rzadkie w Polsce powinny być traktowane priorytetowo, a Plan dla Chorób Rzadkich 2024-2025 jak najszybciej uchwalony i wdrażany. Powinien być również wykorzystany Fundusz Medyczny na rzecz chorób rzadkich.</p>	
<p>46. <b>26 marca 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu i Federacji Stowarzyszeń „Amazonki” pt. „Siła kobiet”</b> w ramach kampanii „Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny” - Zdrowie każdej kobiety powinno być priorytetem.</p>	
<p>47. <b>22 kwietnia 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Wyzwania Zakaźnicze – Potrzebna Determinacja</b> - rekomendowane jest priorytetowe traktowanie chorób zakaźnych w polskim systemie ochrony zdrowia w zakresie finansowania edukacji, diagnostyki oraz leczenia.</p>	
<p>48. <b>4 czerwca 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Edukacja, profilaktyka, diagnostyka – fundamenty bezpieczeństwa zdrowotnego</b> - bez edukacji, profilaktyki i dobrej diagnostyki, które składają się na kulturę zdrowotną kraju, sukces w ochronie zdrowia jest niemożliwy.</p>	
<p>49. <b>4 lipca 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Solidarność w zdrowiu</b> w ramach kampanii współprowadzonej z Federacją Stowarzyszeń „Amazonki” „Siła kobiet. Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny”, pod patronatem honorowym Wicemarszałek Sejmu, Moniki Wielichowskiej.</p>	
<p>50. <b>21 sierpnia 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu „Choroby rzadkie – nowe otwarcie”</b> – choroby rzadkie w Polsce powinny być traktowane priorytetowo, a Plan dla Chorób Rzadkich 2024-2025 wdrażany w życie.</p>	
<p>51. <b>25 września 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Postęp medycyny w trosce o seniorów oraz I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Bezpieczeństwa Zdrowotnego Seniorów Medycznej Racji Stanu</b> - Dekada Zdrowego Starzenia się na lata 2021–2030, to globalna współpraca, mająca na celu poprawę życia osób starszych, ich rodzin i społeczności, w których żyją.</p>	
<p>52. <b>29 października 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Liczymy się z naszym zdrowiem</b> - w ostatnich dekadach rośnie znaczenie pomiaru kosztów całościowych w systemie ochrony zdrowia w aspekcie pozyskiwanych efektów zdrowotnych z uwzględnieniem wyników pacjentów (PRO).</p>	
<p>53. <b>17 grudnia 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Europa i Polska wobec wyzwań zdrowia</b> - wg Komisji Europejskiej solidarność w zdrowiu to przede wszystkim zmniejszanie nierówności zdrowotnych między obywatelami Unii Europejskiej.</p>	

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



Mgr Anna Jasińska



Mgr Grażyna Mierzejewska

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

Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany szybki i nielimitowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej. Debata Medycznej Racji Stanu na Światowy Dzień Walki z Rakiem pt. „Czas w onkologii – czas dla onkologii. Wspólnota europejskich wyzwań” będzie poświęcona idei Europejskiej Unii Zdrowotnej, onkologii w priorytetach bezpieczeństwa zdrowotnego, aktualnym wyzwaniom profilaktyki, diagnostyki i terapii chorób nowotworowych oraz podmiotowości, partnerstwu i współodpowiedzialności pacjentów. Poniżej przedstawiono wybrane obszary terapeutyczne w aspekcie niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych pacjentów onkologicznych w Polsce.

Od stycznia 2025 r. Polska pełni prezydencję w Radzie Unii Europejskiej z hasłem „Bezpieczeństwo, Europo!”.<sup>1</sup> Ministerstwo Zdrowia zdefiniowało priorytety zdrowotne polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r. jako: cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży oraz promocja profilaktyki.<sup>2</sup> W ramach inauguracji Prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej, 17 stycznia w Warszawie odbyła się konferencja pt. „W kierunku Europy wolnej od raka: wzmacnianie strategii zapobiegania nowotworom”, której organizatorem był Narodowy Instytut Onkologii-PIB we współpracy z Ministerstwem Zdrowia. Stwierdzono, że rosnąca zachorowalność na nowotwory złośliwe w UE wymaga skutecznej prewencji pierwotnej. Podczas wydarzenia szczególną uwagę zwrócono na wyzwania związane z profilaktyką onkologiczną. Eksperti wskazali na potrzebę redukcji nierówności społecznych w dostępie do opieki zdrowotnej i programów profilaktycznych, które wciąż pozostają problemem w wielu państwach europejskich. Wyzwanie to nie dotyczy tylko Polski, dlatego współpraca Unii Europejskiej, szczególnie wymiana doświadczeń i dobrych praktyk, ma tu ogromne znaczenie. Uczestnicy spotkania zwrócili również uwagę na kluczową rolę edukacji zdrowotnej i kampanii społecznych w promowaniu zdrowego stylu życia. Zidentyfikowano też konieczność skutecznego wdrażania unijnych regulacji mających wpływ na prewencję chorób nowotworowych, a także ich integracji z działaniami na rzecz przeciwdziałania innym chorobom niezakaźnym, takim jak cukrzyca czy choroby układu krążenia. Jednym z kluczowych tematów była rola edukacji w promowaniu prozdrowotnych nawyków, które mogą znacząco zmniejszyć ryzyko zachorowań na raka. Uczestnicy podkreślali znaczenie spójnych i dostosowanych do różnych grup

<sup>1</sup> <https://www.gov.pl/web/piorin/bezpieczenstwo-europo--prezydencja-polski-w-radzie-ue>

<sup>2</sup> Zdrowotne priorytety polskiej prezydencji w UE. Termedia. 2024 Dostępne: <https://www.termedia.pl/mz/Zdrowotne-priorytety-polskiej-prezydencji-w-UE-59273.html>

społecznych kampanii edukacyjnych. Występowanie ponad 90% przypadków nowotworów złośliwych ma swoje podłoże w narażeniu na modyfikowalne czynniki ryzyka – takie jak dym tytoniowy, otyłość czy nadmierne spożycie alkoholu. W obliczu stale rosnącej zachorowalności na nowotwory złośliwe – zarówno w Polsce, jak i w innych krajach UE - powinniśmy przestać walczyć jedynie z ich skutkami i zwrócić się w stronę skutecznej prewencji pierwotnej. Szczególnie zaakcentowano kwestie związane z prewencją tytoniową, której celem, zgodnie z Europejskim Planem Walki z Rakiem, jest stworzenie pokolenia wolnego od tytoniu do 2040 r. Ważnym wątkiem podczas konferencji była również rola badań naukowych i innowacji w opracowywaniu skutecznych strategii profilaktyki nowotworów. Międzynarodowa wymiana doświadczeń, koordynacja działań oraz wspólne inicjatywy wielokrotnie okazały się być fundamentem w budowie zdrowszej Europy. Uczestnicy konferencji także zgodzili się, że zarówno wewnątrz europejskiej zacieśnianie więzi, jak i nieustający rozwój współpracy, bezpośrednio wpływają na wymierne efekty w skutecznej walce z chorobami nowotworowymi.<sup>3</sup>

W lutym 2021 r. wprowadzono Europejski Plan Walki z Rakiem (Europe's Beating Cancer Plan).<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup> 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 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.<sup>6</sup>

W 2021 r. do Krajowego Rejestru Nowotworów wpłynęły informacje o niemal 171,6 tys. nowych zachorowaniach na nowotwory i 93,6 tys. zgonach z ich powodu. Nowotwory złośliwe stanowiły drugą przyczynę zgonów w Polsce, powodując w 2021 roku 18,8% zgonów mężczyzn i 17,2% zgonów kobiet. Choroby nowotworowe stanowią istotny problem zdrowotny przede wszystkim u osób w młodym i średnim wieku (25-64 lat). Zjawisko to jest szczególnie widoczne w populacji kobiet, gdzie nowotwory od lat pozostają najczęstszą przyczyną zgonów przed 65. rokiem życia, stanowiąc 24,6% zgonów młodych i 35,0% zgonów kobiet w średnim wieku. Zwraca uwagę znaczne zmniejszenie odsetka zgonów nowotworowych wśród osób starszych (po 65 roku życia) w porównaniu do sytuacji sprzed pandemii: u mężczyzn 19,3% w 2021 r. wobec 26,9% w 2019 r.; u kobiet 14,8% wobec 19,8%. Obserwowane od wielu lat trendy zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych w Polsce są determinowane zarówno strukturą wieku populacji, jak i zmianami zachodzącymi w ekspozycji polskiej populacji na czynniki rakotwórcze, głównie związane z paleniem papierosów (w 2023 roku odsetek palących mężczyzn i kobiet wyrównał się – 21% dorosłych pali papierosy). W 2021 roku po raz kolejny liczba kobiet, które zmarły w wyniku raka płuca, przekroczyła liczbę kobiet, które zmarły z powodu raka piersi (o 1389). Najczęstszym nowotworem mężczyzn jest nowotwór gruczołu krokowego z udziałem 21%, charakteryzujący się największą dynamiką wzrostu zachorowalności przy utrzymującym się w pierwszej dekadzie XXI wieku plateau umieralności, która

<sup>3</sup> <https://polish-presidency.consilium.europa.eu/pl/wiadomosci/razem-dla-zdrowszej-europy-wzmocnienie-profilaktyki-nowotworowej/>

<sup>4</sup> [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu\\_cancer\\_plan\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer_plan_en_0.pdf)

<sup>5</sup> [https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12154-Europejski-plan-walki-z-rakiem\\_pl](https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12154-Europejski-plan-walki-z-rakiem_pl)

<sup>6</sup> [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe\\_pl](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_pl)

jednak od 2004 roku wykazuje tendencję wzrostową. W populacji mężczyzn od prawie 15 lat obserwuje się spadek zachorowalności i umieralności na nowotwory płuca, co należy wiązać przede wszystkim ze zmniejszeniem w ostatnich dekadach odsetka palących mężczyzn. Nowotwory złośliwe płuca są (w kolejnych latach nastąpi dalszy wzrost zachorowań) drugim nowotworem mężczyzn (15%), nadal jednak są dominującą nowotworową przyczyną zgonu mężczyzn, stanowiąc około 26% i decydując o przebiegu krzywej umieralności reprezentującej wszystkie schorzenia nowotworowe mężczyzn. Na trzecim miejscu (9,2% zachorowań) znajduje się rak jelita grubego (okrężnica i odbytnica) z rosnącą tendencją zachorowalności przy jednoczesnej stabilizacji umieralności. W populacji kobiet wiodącymi umiejscowieniami nowotworów nadal pozostają: piersć, płuco i jelito grube (kątnica, okrężnica i odbytnica) oraz trzon macicy. Nowotwory płuca utrzymują pierwszą pozycję wśród nowotworowych przyczyn zgonów kobiet (18%), wyprzedzając nowotwory piersi (14,9%). Dominujące wśród kobiet nowotwory piersi charakteryzują się w ciągu minionego półwiecza stale rosnącą zachorowalnością. Trendy umieralności na raka piersi zmieniały się kilkukrotnie w ciągu ostatnich trzydziestu lat. Początkowy wzrost umieralności został zahamowany w połowie lat 90. ubiegłego wieku, a w latach 1996-2010 notowano spadek umieralności. W okresie 2010-2021 nastąpiła niekorzystna zmiana trendu. Trzecią najczęstszą przyczyną zgonów wskutek nowotworów złośliwych u kobiet w ciągu ostatnich kilku lat pozostają raki jelita grubego.<sup>7</sup>

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.<sup>8</sup>

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 jest opieka nad pacjentami

<sup>7</sup> [https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2024-02/0\\_krn-2023-book-2024-02-13-pass.pdf](https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2024-02/0_krn-2023-book-2024-02-13-pass.pdf)

<sup>8</sup> <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=2935>

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 przytarczyc - 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.<sup>9</sup>

W zakresie onkologii, nad reformą onkologii w Polsce czuwa Krajowa Rada Onkologiczna, pod przewodnictwem Pani Profesor dr hab. n. med. Beaty Jagielskiej, Dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego.<sup>10</sup> Ministerstwo Zdrowia przygotowuje do końca 2024 r. standardy leczenia raka w Krajowej Sieci Onkologicznej. Na razie gotowe są standardy dla 17 rodzajów nowotworów, m.in. jajnika, prostaty i piersi. Ich celem jest zagwarantowanie pacjentom, że niezależnie od tego, w której części Polski będą się leczyć – na danym poziomie sieci – udzielana opieka będzie tej samej jakości. Standardy będą dla szpitali obligatoryjne. Szpitale, które należą do Krajowej Sieci Onkologicznej (271 placówek podzielonych na trzy stopnie referencyjności), mogą wnioskować o pieniądze z Krajowego Planu Odbudowy. Do podziału jest 5,5 mld zł. Na początku października 2024 r. resort zdrowia ogłosił konkurs, w ramach którego placówki mogą ubiegać się o dofinansowanie na modernizację i wyposażenie infrastruktury. W zależności od poziomu, do którego przypisany jest w sieci szpital (I, II, III), może to być odpowiednio: do 60 mln, do 80 mln i do 125 mln zł. Narodowy Instytut Onkologii przeszkoli ok. 1 tys. koordynatorów opieki onkologicznej, którzy będą odpowiedzialni za wsparcie pacjenta na poszczególnych etapach opieki onkologicznej i koordynowanie całości procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Od 1 stycznia 2026 r. w obiegu mają być już wyłącznie elektroniczne karty DiLO (Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego), na których zapisana będzie cała ścieżka leczenia pacjenta. Lekarze pierwszego kontaktu będą mieć do nich dostęp również pod zakończeniu leczenia, by wiedzieć, jaką historię ma dany pacjent. Resort zdrowia już zapowiada, że w 2025 r. planuje zmiany w KSO. Możliwe zmiany

<sup>9</sup> <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/monitorowanie/nawotwory-zlosliwe-koncentracja-leczenia-zabiegowego>

<sup>10</sup> Krajowa Rada Onkologiczna <https://www.gov.pl/web/zdrowie/krajowa-rada-onkologiczna>

dotyczyć będą m.in. zapisów o ciągłości opieki onkologicznej, zasad kwalifikacji do sieci oraz monitorowania jakości.<sup>11</sup>

### 3. Stanowiska prelegentów

W trakcie hybrydowej debaty wypowiedzieli się eksperci kliniczni, urzędnicy, politycy, przedstawiciele pacjentów i eksperci systemowi. Poniżej przedstawiono stanowiska prelegentów w kolejności ich wypowiedzi.

#### *Mgr Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu*

Witamy na kolejnym spotkaniu Medycznej Racji Stanu. Szczególnie ważnym, bo to okres naszej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. Jak wszyscy wiemy, hasłem prezydencji jest „Bezpieczeństwo, Europo!”. Jesteśmy również w przededniu obchodów Światowego Dnia Walki z Rakiem. Stąd nasze spotkanie ma tytuł „Czas w onkologii - czas dla onkologii. Wspólnota Europejskich Wyznań”. *Think Tank* Medyczna Racja Stanu już na swojej pierwszej inauguracyjnej debacie podkreślał znaczenie bezpieczeństwa zdrowotnego w połączeniu z bezpieczeństwem narodowym. Wtedy jednym z naszych postulatów było utworzenie Europejskiej Unii Zdrowotnej. Dzisiaj mamy szansę dyskutować o wyzwaniach zarówno prezydencji, jak i onkologii. Gościmy przy okrągłym stole znakomite grono przedstawicieli decydentów, parlamentu, klinicystów, ekonomistów, ale również, co jest dla nas szalenie ważne – pacjentów. Bo to wszystko jest po to, abyśmy mogli osiągnąć to, o czym wszyscy myślimy i co jest naszym celem – jak najlepszą opiekę onkologiczną w naszym kraju. Również mamy wybitnych gości zagranicznych - przedstawicieli Ambasad Szwajcarii, Wielkiej Brytanii oraz Danii.



W dniu 15 stycznia 2025 r. w Senacie zainaugurowano Rok Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki. Bardzo nas cieszy, że profilaktyka zdrowotna wreszcie zaczyna być doceniana i traktowana poważnie. We wdrażaniu profilaktyki musi zachowana adherencja, czyli przestrzeganie zaleceń terapeutycznych lekarza przez pacjenta. Rolę adherencji dostrzegła również Organizacja ds. Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, OECD, która w jednym ze swoich postulatów sugeruje umieszczenie adherencji w opiece koordynowanej. Właściwie nie może istnieć opieka koordynowana i dobra relacja pacjent - lekarz, czyli koherencja, bez dobrej współpracy. Profilaktyka, to nie tylko przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, ale zmiana modelu życia, na bardziej prozdrowotny. Cóż z tego, że mamy nowe cząsteczki, coś z tego, że mamy nowe programy, coś z tego, że mamy coraz lepszą diagnostykę, jeśli na tym etapie decydującym dla pacjenta nie będzie przestrzegania tych zasad, ale również to, o czym mówi się coraz więcej w Europie, nie tylko adherencja, ale koherencja, czyli współpraca lekarza z pacjentem. I tu apelujemy do wszystkich Państwa klinicystów, żebyście również zwracali na to uwagę, bo pacjent jest zagubiony. Sama jestem pacjentką onkologiczną i wiem, jak wygląda to w praktyce.

Wg Globalnego Indeksu Zdrowia Kobiet opublikowanego w 2025 r., spadła liczba badań przesiewowych kobiet pod kątem nowotworów. Tylko 10% respondentek deklaruje, że przeszło w ubiegłym roku badanie pod kątem jakiegokolwiek nowotworu, co oznacza spadek o dwa punkty procentowe w porównaniu z pierwszymi dwiema edycjami badania. Świadczy to o tym, ile jeszcze mamy do zrobienia. U nas w Polsce wygląda to jeszcze gorzej. Jesteśmy prawie na szarym końcu Europy, jeśli chodzi o procentowy udział nie tylko kobiet, ale w ogóle Polaków w badaniach przesiewowych. Dlatego

<sup>11</sup> Do końca roku resort zdrowia przygotowuje standardy leczenia w KSO <https://www.termedia.pl/onkologia/Do-konca-roku-resort-zdrowia-przygotuje-standardy-leczenia-w-KSO,58546.html>



zdaniem założycieli Medycznej Racji Stanu bardzo ważna jest edukacja i profilaktyka. Dlatego prowadzimy wspólnie z Federacją Stowarzyszeń Amazonki, kampanię Zdrowie Kobiety, która zajmuje się profilaktyką pierwotną i wtórną. Kampania jest prowadzona pod patronatem Pani Marszałek Moniki Wielichowskiej, która bardzo wspiera nas w tych działaniach.

Osiem lat temu na inauguracyjnej debacie Medycznej Racji Stanów zgłaszaliśmy obok powołania Europejskiej Unii Zdrowotnej wprowadzenie „godziny o zdrowiu” do szkół. Niestety, dowiadujemy się, że przedmiot „edukacja zdrowotna” ma być nieobowiązkowa. Dlatego proszę wszystkich Państwa o bardzo silny głos sprzeciwu w tej sprawie. Edukacja zdrowotna musi być obowiązkowa i prowadzona przez specjalistów w tej dziedzinie, a nie przez przypadkowych nauczycieli.

Wiemy, jak ważna jest legislacja i rola polityków w tym procesie. Bez nowych i mądrych przepisów prawa nie ruszymy z niczym, nie ruszymy z rejestrami, nie ruszymy również z adherencją. O właśnie konieczności wprowadzenia pewnych nowych regulacji, również na poziomie Unii Europejskiej mówi się również coraz więcej w naszych debatach. Myślę, że to powinien być istotny wkład Polski w prezydencję, że możemy mówić, możemy debatować, możemy się spotykać. Natomiast jeśli nie będzie to miało ram prawnych niewiele osiągniemy.

Bardzo dziękuję za udział w dzisiejszym spotkaniu wszystkim Państwu, zarówno klinicytom, jak i pacjentom. Również chciałam Państwa uspokoić, bo wielokrotnie słyszałam tutaj, że nie ma już z nami siedzących decydentów. Otóż, zdajemy sobie sprawę z tego, że decydenci często mają ograniczenia czasowe, są z nami na debacie kilkanaście minut, a czasami kilka godzin. Dlatego Intencją Medycznej Racji Stanu od początku była publikacja przekrojowych raportów z naszych debat. Mamy opublikowanych na naszej stronie internetowej kilkadziesiąt raportów. Raporty cieszą się bardzo dużym zainteresowaniem, są czytane przez wiele osób, w tym decydentów. W związku z czym uspokajam wszystkich Państwa, że w raportach będą Państwa wypowiedzi, oczywiście autoryzowane oraz wnioski i rekomendacje. I tam zawrzemy to wszystko, co jest dla Państwa najistotniejsze, aby przekazać to decydentom.

### *Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress*

Dzisiaj debatujemy przy okrągłym stole w kontekście prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej, ale także zbliżającego Światowego Dnia Walki z Rakiem. Dyskutujemy na temat, jakie wyzwania stoją przed w zakresie profilaktyki, prewencji, diagnozowania i leczeniem, pacjentów onkologicznych. Ale kontekst europejski jest tutaj bardzo istotny, ponieważ będziemy bardzo dużo mówić też o wymianie doświadczeń pomiędzy krajami Europy. Będziemy mówić o tym, jak inne kraje radzą sobie i mierzą się z tym ogromnym problemem. Zwłaszcza, że zagrożenie chorobami nowotworowymi jest coraz większe, i razem z chorobami kardiologicznymi stanowią główne przyczyny zgonów. Jestem przekonana, że współpraca międzynarodowa jest kluczem do tego, aby odnieść sukces. Pacjenci nie zawsze zdają sobie sprawę, jak istotna dla ich losu, jest współpraca ponad granicami, wymiana ekspercka, wymiana doświadczeń dotyczących też systemowych rozwiązań w obszarze diagnostyki i terapii. Ostatnie dane wskazują na to, że nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich powoduje zgon ponad 200 tysięcy osób w Europie. Więc to jest ogromny problem. Blisko 60% pacjentów nie przestrzega zaleceń, zarówno tych zaleceń dotyczących modyfikacji stylu życia, jak i tych dotyczących przyjmowania leków, które lekarz przepisał. Więc to są też koszty finansowe dla całych systemów opieki zdrowotnej.



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

Polska Unia Onkologii przywiązuje wielką wagę do Światowego Dnia Walki z Rakiem (World Cancer Day) obchodzonego co roku w dniu 4 lutego. Święto zostało ustanowione w 2000 roku podczas Światowego Szczytu Walki z Rakiem w Paryżu. Powstał wówczas wielostronicowy dokument pt. „Paryska Karta Walki z Rakiem” zawierający kilkanaście istotnych postulatów, z których większość aktualna jest do dziś. Światowy Dzień Walki z Rakiem jest doskonałą okazją do przypomnienia, jak ważna w zapobieganiu chorobom nowotworowym jest profilaktyka. Chcemy, co roku przypominać wszystkim decydentom, organizatorom ochrony zdrowia o problemie onkologii, o możliwościach rozwiązań i przede wszystkim skupić się na chorej osobie, na chorym człowieku. Na najbliższe trzy lata - 2025-2027, przewodnim hasłem WHO - UICC na Światowy Dzień Walki z Rakiem jest hasło: „United by Unique”, czyli „Zjednoczeni przez Wyjątkowość”. To przekłada się na unikalne potrzeby każdej osoby, która jest zdrowa, albo chora i która może bardzo dużo zrobić, żeby nie zachorować. Każda osoba powinna być w centrum uwagi decydentów i organizatorów służby zdrowia. Myślę, że to hasło można też przełożyć na apel do czynnego działania.



Jak wiemy w polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w pierwszym półroczu 2025 r. na czoło wysuwa się prewencja i profilaktyka, w tym edukacja zdrowotna. I tutaj znowu posłużę się hasłem „Edukacja od przedszkola do seniora”. Bowiem, nie ma grupy w społeczeństwie, która by nie była zainteresowana, żeby podnieść swoją świadomość na temat zdrowia w oparciu o dowody naukowe. Musimy edukować społeczeństwo na temat zapobiegania chorobom, wczesnego rozpoznawania i przestrzegania Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem.<sup>12</sup> Kodeks koncentruje się na działaniach, jakie mogą podjąć obywatele, aby zapobiegać nie tylko nowotworom ale także wszystkim chorobom cywilizacyjnym. Pozwolą Państwo, że przypomnę tych dwanaście działań:

1. Nie pal.
2. Stwórz w domu środowisko wolne od tytoniu.
3. Utrzymuj prawidłową masę ciała.
4. Bądź aktywny fizycznie w codziennym życiu.
5. Przestrzegaj zaleceń zdrowego żywienia.
6. Jeśli pijesz alkohol, ogranicz do minimum jego spożycie.
7. Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne.
8. Chroń się przed działaniem substancji rakotwórczych w miejscu pracy.
9. Sprawdź, czy w domu jesteś narażony na naturalne promieniowanie spowodowane wysokim stężeniem radonu.
10. Karmienie piersią zmniejsza u matki ryzyko zachorowania na raka piersi o ponad 4 %.
11. Zadbaj, aby Twoje dzieci poddano szczepieniom ochronnym.
12. Bierz udział w programach badań przesiewowych.

<sup>12</sup> Europejski kodeks walki z rakiem. MZ Dostępne: <https://pacient.gov.pl/aktualnosc/europejski-kodeks-walki-z-rakiem>

Skuteczne zapobieganie chorobom nowotworowym wymaga, aby indywidualne działania obywateli były wspierane przez politykę ponad podziałami i koordynowane działania międzyresortowe rządu. Zwykle, przy okazji obchodów Światowego Dnia Walki z Rakiem, zgłaszamy główny postulat Polskiej Unii Onkologii adresowany do naszych najwyższych rangą decydentów i polityków. Postulat, który myślę, że może być postulatem nas wszystkich, zarówno Medycznej Racji Stanu, jak i wszystkich organizacji pacjenckich. Proszę Państwa, nie ma nic ważniejszego od edukacji zdrowotnej. Kilkadziesiąt lat czekaliśmy na ten moment, w którym miała być wdrożona powszechna edukacja w szkołach na wszystkich szczeblach edukowania dzieci i młodzieży. I myślę, że źle by się stało, gdyby nie były to zajęcia obowiązkowe. Ja nie bardzo rozumiem i nie bardzo mogę się pogodzić z tymi decyzjami polityków, które doprowadziły do tego, że nie będzie to lekcja obowiązkowa. Jeżeli my chcemy być dobrze postrzegani w Unii Europejskiej, jako kraj troszczący się o edukację i zdrowie społeczeństwa, to absolutnie musimy to natychmiast naprawić. Apeluję, aby od 1 września 2025 r. zajęcia w ramach przedmiotu edukacja zdrowotna były obowiązkowe. Jeżeli młodzi ludzie nie nauczą się troszczyć o swoje zdrowie, nie nauczą się przestrzegać zasad zapisanych w Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem, to nigdy sobie nie poradzimy z problemem nowotworów i pozostałych chorób cywilizacyjnych w Polsce.

Mamy doskonałych lekarzy, opracowane standardy, takie jak w Europie Zachodniej, jak w Stanach Zjednoczonych oraz kolejny wieloletni program walki z rakiem po raz pierwszy nie tylko interwencyjny jak miało to miejsce z konieczności w przeszłości ale w formie Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030. Teraz mamy wielką i wyjątkową szansę, żeby wreszcie poprawić wyniki leczenia w Polsce. Jeżeli jednak nie zainwestujemy w edukację, to nie będzie wystarczających środków finansowych na równy dostęp do nowoczesnej diagnostyki i leczenia chorych na nowotwory. Ciągłe będziemy gonili Europę i cały świat, gdzie są lepsze wyniki leczenia właśnie ze względu na to, że za dużo chorych będziemy musieli leczyć i do tego w wyższych stopniach zaawansowania. Przypomnę, że w Polsce 70-80% pacjentów przychodzi do lekarzy zbyt późno w wyższych stopniach zaawansowania choroby nowotworowej. Oczywiście liczymy bardzo na postęp w leczeniu, na dostęp do nowoczesnych terapii ukierunkowanych na cele molekularne oraz nowoczesną immunoterapię. Nawet w wielu nowotworach, jak rak piersi, płuc, czerniaki, czy rak jelita grubego możemy sobie radzić nawet w wyższych stopniach zaawansowania, ale nasze wyniki leczenia są ciągle gorsze o 10-15 punktów procentowych od tych, które są osiągnięte w najlepszych krajach europejskich. Podstawą tych działań powinna być ustawiczna edukacja zdrowotna, równy dostęp do nowoczesnej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. W opiece onkologicznej fundamentalne jest kompleksowe i koordynowane podejście holistyczne do każdego człowieka, który, gdy jest zdrowy, to wymaga badań okresowych przesiewowych, uczestniczenia koniecznie szczepieniach, które powinniśmy nazwać szczepieniami antynowotworowymi. Musimy mądrze propagować szczepienia przeciwko wirusowi HPV i przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu B. To wszystko ruszyło do przodu dzięki Narodowej Strategii Onkologicznej. Teraz musimy wszystko zrobić, żeby ten potencjał w pełni wykorzystać.

*Dr Michał Sutkowski, Dyrektor NZOZ „Medycyna Rodzinna” z siedzibą w Osuchowie, Prezes- Elekt KLRwP, Współzałożyciel i ekspert Medycznej Racji*



## *Stanu, Prodziekan ds. Rozwoju – Wydział Medyczny Uczelnia Łazarskiego*

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) musi regularnie wykazywać czujność onkologiczną. Musimy mieć na to czas, musimy znaleźć ten czas, nic tego nie zastąpi. Nie możemy zacząć od wysublimowanego badania, jeśli nie zrobimy dokładnego wywiadu i nie zbadamy dokładnie fizykalnie pacjenta. Ale jeżeli już zbadamy, to powinniśmy w mojej ocenie, mieć narzędzia i pieniądze, żeby można było diagnozować pacjenta jak najszerzej, jak najbliżej domu pacjenta. Jeżeli podejrzewam u pacjenta np. guz mózgu i muszę wykonać mu w tym celu tomografię komputerową czy rezonans magnetyczny, nie mam możliwości wykonania go bezpośrednio ze swoich środków, więc muszę chorego skierować szybko, na cito do specjalisty neurologa czy neurochirurga lub ewentualnie zakładać mu kartę DiLO. Jeżeli nie założę tzw. „zielonej karty” i tylko na podstawie bólu głowy skieruję pacjenta do specjalisty, to będzie on czekał na wizytę u neurologa kilka tygodni czy nawet miesięcy. Mógłbym guza mózgu u pacjenta zdiagnozować wcześniej, bliżej domu, jeśli miałbym możliwość wykonania takiego badania z własnych środków, gdyby NFZ płacił za nie, tak jak płaci za kolonoskopię czy gastroscopię. Na te badania lekarz rodzinny może skierować, chociaż są procedurami bardziej specjalistycznymi niż pobieranie krwi czy badanie posiewu z gardła, są one opłacane dla podmiotów, z którymi NFZ podpisał umowę. Jak z tego wynika, system nie jest demokratyczny dla pacjenta, ponieważ jedno badanie można zrobić, a drugie nie. Diagnostyka dotycząca zachorowań w kierunku raka jelita grubego jest w związku z tym łatwiejsza niż w kierunku innych nowotworów. To jest kuriozalne, ponieważ w mojej ocenie powinno być tak, że my kierujemy na badanie, a płatnik za nie płaci. Tak byłoby prościej. Nie byłoby wtedy żadnego kłopotu. Pacjent miałby wykonane badania dużo wcześniej, nie musiałby czekać na skierowania do innego specjalisty niż lekarz rodzinny. Pamiętajmy, że w chorobach nowotworowych liczy się czas, a wczesne wykrycie raka daje szansę na całkowite wyleczenie. Obecnie najbardziej potrzebne są trzy rzeczy w opiece POZ nad pacjentem onkologicznym: sensowna nowelizacja ustawy o POZ, aby dawała ona możliwość zapewnienia lekarzowi rodzinemu koordynowania leczenia i wprowadzenia dodatkowych badań diagnostycznych; dobrze poukładane, przemyślane programy profilaktyczne oparte o wiedzę medyczną uzgadniane ze środowiskiem lekarzy rodzinnych oraz zapewnienie warunków permanentnej edukacji onkologicznej lekarzy naszej specjalności. Bardzo nas cieszy, że od 1 września 2024 r. w Polsce istnieje dostęp do szczepionek przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV). W ramach powszechnego i dobrowolnego programu mają dziewczęta i chłopcy w wieku 9-14 lat. Szczepienie przeciwko wirusowi HPV oferowane uczniom szkół podstawowych jest bezpłatne i dobrowolne - rodzic może wyrazić zgodę na zaszczepienie dziecka lub tego nie zrobić. Przypominam, że szczepionka przeciwko wirusowi HPV to szczepionka przeciwko rakowi szyjki macicy oraz nosa i gardła. Około trzy i pół tysiąca kobiet choruje w Polsce na raka szyjki macicy z czego dwa tysiące umiera. Nowotwór wykrywany jest bardzo późno. Wykonanie tego szczepienia powoduje, że w 98-99 proc. nie rozwija się, nie występuje przewlekłe zakażenie wirusem HPV, który w konsekwencji powoduje nowotwór. W Australii od 2006 r. wykonano szczepienia populacyjne w grupach dziewcząt, a później w grupach chłopców i szczepionka uzyskała status niezwykle bezpiecznej. Zainteresowana udziałem w programie szczepień szkoła powinna skontaktować się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej i umówić się na termin. Jeśli szkoła nie wie, z którą przychodnią powinna się skontaktować, informacji udzieli lokalny SANEPID.

Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, lekarze rodzeni są współzałożycielami Medycznej Racji Stanu. Chciałbym przypomnieć i zaapelować o wdrożenie w Polsce założeń holenderskiej reformy ochrony zdrowia. Holenderska koncepcja organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia swój początek miała w 1986 r. Na czele Komisji do spraw Struktury i Finansowania Opieki Zdrowotnej stanął dr Wisse Dekker. Od momentu wypracowania założeń reformy, system holenderski jest cały czas ulepszany,

a reforma trwa non stop. Podstawową wartością holenderskiego systemu jest powszechny i równy dostęp do opieki zdrowotnej. Niebagatelną rolę odgrywa w nim lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który jest swego rodzaju przewodnikiem pacjenta po systemie. System ochrony zdrowia w Holandii jest w 85 proc. finansowany ze środków publicznych. W ramach koszyka świadczeń pacjent otrzymuje m.in. opiekę lekarza pierwszego kontaktu oraz pomoc specjalistyczną, hospitalizację, profilaktykę. Pozostałe 15 proc. wydatków na ochronę zdrowia, między innymi na opiekę stomatologiczną oraz okulistyczną dorosłych jest częściowo subsydiowane przez państwo, ale wymaga dopłat od pacjentów. Głównymi zasadami, na których opiera się holenderski system ochrony zdrowia, są: przenoszenie opieki medycznej bliżej pacjenta, odchodzenie od hospitalizacji na rzecz opieki w domu, rozwijanie kompetencji lekarzy rodzinnych, zaangażowanie pacjenta w proces leczenia i ukierunkowanie na rozwiązania inteligentne, oparte na technologiach cyfrowych. Misją holenderskiego systemu ochrony zdrowia jest, aby do 2040 r. wszyscy mieszkańcy żyli w dobrym zdrowiu co najmniej pięć lat dłużej niż w momencie przyjmowania „Dwudziestu pięciu misji” w 2019 r. Holenderski system charakteryzują klarowność, kooperacja, koordynacja i konsensus społeczny. Wyjątkowa jakość holenderskiego systemu ochrony zdrowia przekłada się na efekt w postaci zdrowia pacjenta. Jest jasno zdefiniowany koszyk świadczeń i współpraca sektorowa, czyli zdrowie połączone z opieką społeczną i edukacją, a wszystko koordynowane przez lekarza rodzinnego. Na uwagę zasługuje na szeroki zakres uprawnień diagnostycznych i terapeutycznych lekarza rodzinnego w Holandii. Takie rozwiązanie sprawia, że pacjent jest objęty opieką, pewny i bezpieczny. Łatwo porusza się w systemie, dzięki koordynatorowi nie musi samodzielnie szukać pomocy. Koordynator wspiera dostęp do programów profilaktycznych, a pacjent ma dostosowany do swoich potrzeb dostęp do specjalistów. Powodzenie reformy polskiego systemu ochrony zdrowia zależy od debaty publicznej. W Holandii nie było i nie ma obawy przed podnoszeniem publicznym trudnych problemów sektora ochrony zdrowia i poddawaniem ich społecznej dyskusji, w poszukiwaniu optymalnych rozwiązań. Model holenderski przełoży się również na poprawę sytuacji w polskiej onkologii, gdzie koordynacja profilaktyki, diagnostyki i leczenia jest kluczowa w osiągnięciu pięcioletnich przeżyć u pacjentów nowotworowych.

***Prof. Paweł Kowal, Inicjator powołania Medycznej Racji Stanu, Sejmowa Komisja Spraw Zagranicznych***

Jeżeli chodzi o prezydencję w Radzie Unii Europejskiej, to każde państwo przygotowuje swój program. Nie jest tajemnicą, ani w Polsce, ani za granicą, że Polska podeszła do tematu prezydencji w sposób szczególnie ambitny. Chodzi także o to, że poprzednia prezydencja węgierska była specyficzną prezydencją, na marginesie trochę głównego nurtu wydarzeń w Unii Europejskiej. Polski plan na prezydencję w Radzie Unii Europejskiej obejmuje bezpieczeństwo w wielu wymiarach, w tym związane ze zdrowiem. Pierwszą kwestią jest cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej, czyli kwestie informatyzacji systemu ochrony zdrowia. Tu chodzi m.in. o działania na rzecz rozwoju zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem projektowanego systemu organizacji, czyli o Europejską przestrzeń danych dotyczących zdrowia (EHDS). Jest to koncepcja gromadzenia danych, takich jak np. wyniki badań, w taki sposób, by placówki medyczne w całej UE miały do nich łatwy dostęp, a zarazem prywatność pacjentów była zabezpieczona. Polska promuje działania w sferze cyfrowej transformacji opieki zdrowotnej w kontekście usług transgranicznych, także w kontekście granicy Unii Europejskiej na wschodzie. Drugim elementem jest zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. To wynika z doświadczeń polskich z ostatnich kilkunastu lat. Kwestia ta pojawia się jako jeden



z głównych tematów w naszych debatach. Chodzi o rozwój opieki środowiskowej oraz holistyczne podejście do zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Profilaktyka zdrowotna jest najbardziej powiązana z tym, co robiliśmy jako Medyczna Racja Stanu w ostatnich latach. Poruszane będą kwestie związane z promocją profilaktyki chorób i z wszystkim, co dotyczy programów profilaktycznych, promujących zachowania prozdrowotne, katalogi dobrych praktyk, rozwiązań na szczeblu krajowym i unijnym. I tutaj się mieszczą także kwestie związane z profilaktyką chorób, profilaktyką otyłości, profilaktyką chorób krążenia oraz profilaktyką przeciwnowotworową. To jest cały zbiór tematów, które podejmowaliśmy jako Medyczna Racja Stanu. One stały się też częścią oficjalnego programu prezydencji. A zatem podsumowując, cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, a także profilaktyka rozumiana bardzo szeroko. To jest ten plan na polską prezydencję w dwóch wymiarach krajowym i unijnym.

W zakresie reformy ochrony zdrowia w Polsce jestem realistą politycznym. Wiem, że nie da się łatwo przestawić całego systemu państwowego na konkurencję pomiędzy wieloma płatnikami. Na pewno trzeba zainwestować w profilaktykę, jeżeli nie chcemy inwestować w leczenie. Nie da się także zmienić w Polsce służby zdrowia, bez dosypania tam pieniędzy. Nie idźmy taką drogą, że służbą zdrowia, czy medycyną musi zajmować się tylko lekarz albo ktoś, kto się tym całe życie zajmował. My od 7-8 lat tworzymy środowisko Medycznej Racji Stanu, co mnie jako politykowi, wiele dało, aby móc powiedzieć, co można dzisiaj zrobić. Skuteczny i wydolny system ochrony zdrowia to kwestia bezpieczeństwa narodowego. Już na poziomie szkoły powinniśmy uczyć obywateli o wartości zdrowia, poprzez obowiązkową edukację zdrowotną.

### ***Mgr Monika Wielichowska, Wicemarszałek Sejmu RP***

Szanowni Państwo, z wielkim szacunkiem odnoszę się do organizacji debaty „Czas w onkologii - czas dla onkologii”. To niezwykle cenna inicjatywa. Gromadzi ona ekspertów, decydentów, przedstawicieli organizacji pacjenckich w jednym wspólnym celu, czyli poprawie systemu opieki onkologicznej i jakości życia pacjentów. Choroby nowotworowe pozostają jednym z największych wyzwań zdrowotnych naszych czasów. Debata, w której Państwo biorą udział, to nie tylko okazja do przedstawienia aktualnych wyzwań i potrzeb, ale także do wypracowania realnych rozwiązań, które mogą wpłynąć na przyszłość profilaktyki, diagnostyki i leczenia onkologicznego w Polsce i w Europie. Nie będę mogła osobiście uczestniczyć w wydarzeniu, jednak pragnę zapewnić, że temat, który podejmujecie jest mi niezwykle bliski. Będę śledzić wnioski i rekomendacje, które płyną z tej Państwa debaty, owocnych obrad, inspirujących dyskusji. Mam nadzieję, że przyczynią się one do realnych zmian w polityce zdrowotnej i opiece onkologicznej w Polsce.



### ***Prof. Adam Maciejczyk, Prezes Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych, Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu***

Jako Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych współpracujemy i koordynujemy działania szpitali, które mają poziom SOLO-3 w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Na pewno doświadczenia, które były wypracowane w procesie wdrażania Krajowej Sieci Onkologicznej bardzo nam się przydają. Często się tymi uwagami



wymieniamy, ale współpraca naukowa dotyczy nie tylko tego zrzeszenia, ale również uniwersytetów medycznych, z którymi współpracujemy. Sam jestem Kierownikiem Kliniki Radioterapii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, która ma swoją siedzibę w naszym szpitalu. Mamy też w naszym szpitalu Katedrę Onkologii Politechniki Wrocławskiej i Katedrę Onkologii Uniwersytetu Medycznego, więc z każdą z tych uczelni, jako wiodący szpital onkologiczny w regionie intensywnie współpracujemy. To jest bardzo istotne również w kontekście, że nasz szpital jest jednostką badawczo-rozwojową. Wykorzystując optymalnie, zarówno personel, który jest zainteresowany rozwojem naukowym, jak i olbrzymie doświadczenie obu tych jednostek badawczych. Rozwijamy działalność naukową i coraz więcej młodych osób udaje się zachęcić do takiej działalności. W sytuacji, w której tak bardzo potrzebujemy specjalistycznej kadry w onkologii, tego typu działania są szalenie ważne. Ale to nie koniec, bo jeszcze mamy takie jednostki, jak Instytut Immunologii we Wrocławiu, Polską Akademię Nauk oraz Instytut PORT, który należy do Sieci Łukasiewicza. W obu tych instytutach badawczych jesteśmy w radach naukowych, albo bezpośrednio połączeni w projektach badawczych. Chcemy wykorzystać potencjał, jaki daje nam ABM, NCBIr oraz projekty europejskie, aby optymalnie diagnozować i leczyć pacjentów. I to się bardzo intensywnie w ostatnich latach rozwija. Nasz ośrodek ma także doświadczenie w zakresie certyfikacji kompleksowych świadczeń. Mamy certyfikat europejski *Comprehensive Cancer Centers*, w zakresie raka jelita grubego i raka piersi. Zakończyliśmy właśnie proces międzynarodowej certyfikacji kompleksowej opieki w raku płuca, tzw. Lung Cancer Unit. Dzięki tym procesom certyfikacji mamy kontakt z szpitalami, które są też w bazie szpitali po certyfikacji w Europie. Wymieniamy się informacjami, porównujemy nasze wyniki oraz wskaźniki jakościowe.

### *J.E. Fabrice Filliez, Ambasador Szwajcarii w Polsce*

Jako Ambasador Szwajcarii bardzo się cieszę, że mogę się z Państwem podzielić doświadczeniami szwajcarskimi w zakresie opieki onkologicznej. Jak Państwo wiedzą, szwajcarska branża farmaceutyczna odgrywa ogromną rolę nie tylko w naszej gospodarce, lecz także w handlu międzynarodowym. W Szwajcarii siedzibę ma kilka globalnych firm farmaceutycznych, takich jak Roche, Novartis, czy Sandoz, będących światowymi liderami, którzy chętnie inwestują w międzynarodowe badania naukowe. Firmy te przodują w opracowywaniu terapii ratujących życie oraz metod badawczych, które prowadzą do szybkiej diagnozy. Szwajcaria jest silnym partnerem Polski i poprzez naszą wymianę handlową wspieramy funkcjonowanie polskiej ochrony zdrowia.



Odniosę się do kilku tematów, które są przedmiotem dzisiejszej dyskusji i podzielę się z Państwem wybranymi doświadczeniami szwajcarskimi. Pierwszym z nich jest zapobieganie nowotworom. Szwajcaria cieszy się bardzo dobrą opinią w zakresie prewencji nowotworów. Istnieje dużo programów publicznych dotyczących ochrony zdrowia, jak również kampanie wczesnego wykrywania, które oparte są na zaawansowanych badaniach naukowych. Nasze badania prowadzone są w krajowych ośrodkach badawczych, w ramach szwajcarskiej Ligi Antyrakowej. Koncentrują się one nie tylko na terapii, ale również na poznaniu czynników zarówno genetycznych, jak i środowiskowych, których znajomość może się przenieść na sposoby zapobiegania i leczenia nowotworów.

Drugie zagadnienie, które chciałbym Państwu przedstawić, to osiągnięcia nowoczesnej medycyny w dziedzinie diagnostyki i leczenia. Szwajcaria dokonała ogromnych postępów w obszarze wczesnego wykrywania raka w oparciu o zaawansowane technologie. Jest liderem zarówno w opracowywaniu innowacyjnych rozwiązań, jak również wprowadzaniu ich w życie. Przykładami mogą być badania

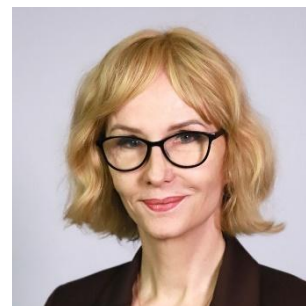
obrazowe, płynne biopsje, screening genetyczny, używanie sztucznej inteligencji w wykrywaniu raka i stosowaniu markerów, lub wykorzystywanie markerów nowotworowych w badaniach krwi. Instytucje szwajcarskie bardzo intensywnie współpracują z partnerami z całej Europy. Staramy się odpowiedzieć na pytanie, w jakim stopniu nasze zaawansowane diagnostyczno-terapeutyczne podejście może doprowadzić do tego, że nowotwory będą leczone w ten sam sposób, w jaki leczone są inne choroby przewlekłe. Odpowiedź nastraja optymistycznie: Postępy w medycynie i zaawansowane terapie pozwalają na to, aby choroby dawniej bezpośrednio zagrażające życiu przekształcać w stany przewlekłe. A zatem wielu pacjentów po rozpoznaniu choroby nowotworowej może przez wiele lat leczyć się tak, jak w przypadku chorób przewlekłych. Niestety, nie zawsze się to udaje; nie dotyczy to każdego typu nowotworu i wciąż potrzebne są dalsze badania, które pozwolą na poprawienie terapii tych chorób nowotworowych, które jeszcze czekają na tego typu rozwiązania.

Ostatnim tematem, który chciałbym poruszyć, jest potrzeba wspierania aktywności pacjentów z nowotworami. W Szwajcarii istnieje możliwość zapewnienia pacjentom wszechstronnej opieki, która umożliwi pacjentom zachowanie aktywności. Częścią takiej opieki są na przykład programy fizjoterapii i rehabilitacji oraz wsparcie psychologiczne. Naszym celem jest promowanie aktywnego trybu życia, które umożliwi powrót do pracy i do codziennych czynności. Następuje to także poprzez wprowadzanie nowych rozwiązań dla rehabilitacji. Znaczenie ma tutaj opracowywanie sprzętów zewnętrznych (np. egzoskieletów) oraz zdalnej terapii i opieki. Nasze doświadczenie pokazuje, że spersonalizowana opieka, w tym psychologiczna, fizjoterapia i zaawansowane rozwiązania techniczne pozwalają na osiągnięcie optymalnych efektów.

Cieszę się, że mogłem się Państwem podzielić kilkoma doświadczeniami szwajcarskimi w zakresie opieki onkologicznej. Jednocześnie chciałbym przekazać moje najlepsze życzenia dla Polski w czasie jej przewodnictwa w Radzie Unii Europejskiej. Jestem zdania, że wzmocniona rola Polski korzystnie wpłynie na rozwój Unii Europejskiej w ciągu najbliższych sześciu miesięcy.

### ***Prof. Urszula Demkow, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia***

W zakresie onkologii mamy dużo wyzwań, ponieważ diagnozujemy coraz więcej nowotworów. Zapadalność na nowotwory rośnie w Polsce i Europie w sposób lawinowy. Dodatkowo na nowotwory, które były kiedyś domeną osób starszych, chorują teraz coraz młodsze osoby. Przyczyną tego zjawiska jest tryb życia, jaki prowadzimy i żywność, którą spożywamy, bo są to produkty przetworzone i nasycone chemią. Obecnie rolnictwo jest oparte na bardzo dużej ilości różnego typu chemicznych środków. Należy spojrzeć na środowisko i na to, co jemy, co pijemy i czym oddychamy. Dyrektywa „One Health”, czyli „Jedno Zdrowie” obliuguje nas do tego, żebyśmy zajęli się zdrowiem we wszystkich aspektach.<sup>13</sup> Ponieważ na zdrowie wpływa wszystko, co nas otacza. „Jedno zdrowie” łączy zdrowie ludzi, zdrowie zwierząt i czystość środowiska. Zdrowie również powinno być we wszystkich politykach, o czym stanowi druga dyrektywa „Health in all Policies”.<sup>14</sup> To oznacza, że wszyscy powinniśmy pochylić nad tematem zdrowia, w tym Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Rolnictwa, Ministerstwo Kultury, Ministerstwo Spraw



<sup>13</sup> One Health [https://health.ec.europa.eu/one-health\\_en](https://health.ec.europa.eu/one-health_en)

<sup>14</sup> Health in All Policies [https://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2005/action1/docs/2005\\_1\\_18\\_frep\\_a4\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/docs/2005_1_18_frep_a4_en.pdf)



Wewnętrznych i Ministerstwo Spraw Zagranicznych. Wszystkie ministerstwa powinny mieć w swoich działaniach tematy związane z zdrowiem, bo to jest kluczowe dla dobra obywateli.

Tematem przewodnim polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej jest bezpieczeństwo, a spośród siedmiu jego wymiarów - bezpieczeństwo zdrowotne. Nowotwory są, poza chorobami układu krążenia, główną przyczyną zgonów obywateli UE, więc jest to ogromny problem i prawdziwe wyzwanie. I tutaj opieka i pomoc tym chorym musi być prowadzona na wielu frontach. Musi się ona zaczynać od prewencji i profilaktyki, gdzie mamy sporo do nadrobienia. Jest kluczowe, żeby nowotwory wykrywać na najwcześniejszym etapie. Jednak, tylko 10% Polaków w odpowiednim wieku wykonało badanie kolonoskopowe, 30% kobiet udaje się na mammografię, a jeszcze mniej wykonuje systematycznie cytologię. Więc generalnie mamy tutaj ogromną lekcję do odrobienia. Trzeba zachęcać obywateli do tego, żeby korzystali z badań profilaktycznych.

Kolejnym etapem jest wczesna i szybka diagnostyka. Jesteśmy w trakcie tworzenia Krajowej Sieci Onkologicznej, gdzie ośrodki onkologiczne będą połączone i opieka nad chorym będzie koordynowana. Powinno się to odbywać w taki sposób, że chory, którego podejrzewamy albo już wiemy prawie na pewno, że ma chorobę nowotworową, powinien trafiać do ośrodka o najwyższej referencyjności, gdzie powinno być postawione rozpoznanie. Powinno być wykonane badanie histopatologiczne łącznie z testami genetycznymi, które będą determinowały leczenie. Potem powinien być opracowany plan leczenia i rozpoczęta terapia. Pacjent może być skierowany do ośrodka niższego rzędu, gdzie będzie prowadzona chemioterapia, żeby pacjent nie musiał jeździć daleko. Najlepiej, żeby chemioterapia była podawana blisko domu. Więc taki jest plan i taki jest pomysł.

Ważne też, że w systemie pojawią się koordynatorzy ścieżki pacjenta. W każdym nowotworze ścieżka jest inna. Czasami zaczynamy od chemioterapii, innym razem najpierw musimy usunąć guza, a niekiedy trzeba zacząć od naświetlań. Ścieżka jest różnorodna w zależności od tego, jaki to jest nowotwór i na jakim stopniu zaawansowania. Ścieżki pacjenta powinno opracować wielodyscyplinarne konsorcjum, które wytyczy dla danego pacjenta onkologicznego konkretną ścieżkę postępowania. Następnie koordynator powinien zaopiekować się tym pacjentem, żeby gdzieś nam nie zginął w systemie i kierować go na poszczególne etapy terapii. Terapia może być prowadzona w ośrodkach, które mają odpowiednią infrastrukturę, np. urządzenia do radioterapii. Standardowa chemioterapia może być wykonywana w ośrodkach niższego poziomu, czyli SOLO 1.

Kolejne, czego potrzebujemy dla chorych, to są nowe terapie. Terapie molekularne oraz immunoterapie wchodzi bardzo szerokim frontem, wypierając tradycyjną chemioterapię, która generuje liczne powikłania. Wobec tego mamy refundowane nowe leki, w kolejnych liniach terapii. Nowotwór stał się chorobą przewlekłą w wielu przypadkach. Z rozpoznaniem choroby nowotworowej można żyć wiele lat, żyjąc i funkcjonując normalnie dzięki temu, że mamy dostęp do kolejnych linii terapii. Jest kluczowe, żeby wprowadzić odpowiednią diagnostykę molekularną na najwcześniejszym etapie z pierwotnej próbki, jeszcze przed leczeniem. Wykonane odpowiednie badania genetyczne pozwolą na wykrycie mutacji, co pozwoli na dopasowanie leczenia do poszczególnych typów raka. Wtedy takich pacjentów będzie można skierować do odpowiedniej terapii celowanej, więc to myślę, że jest bardzo wartościowe.

*Prof. dr hab. n. med. Anna Latos-Bieleńska, Konsultant  
Krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej, Katedra i Zakład  
Genetyki Medycznej UM w Poznaniu*



We współczesnej hematoonkologii i onkologii badania genetyczne są niezbędne do rozpoznania typu nowotworu, wskazania skutecznej terapii personalizowanej dobranej do defektu molekularnego, oceny czynników prognostycznych, monitorowania choroby resztkowej, a także – w niewielkim stopniu w hematoonkologii, a w większym stopniu w onkologii – identyfikacji mutacji germinalnych (dziedzicznych) odpowiedzialnych za wrodzoną silną predyspozycję do zachorowania.

W hematoonkologii poziom diagnostyki genetycznej jest od lat wysoki i zgodny ze standardami międzynarodowymi. Są bardzo dobre laboratoria genetyczne wyspecjalizowane w diagnostyce genetycznej w hematoonkologii, a nad standardami badań genetycznych i szybkim przenoszeniem osiągnięć nauki do diagnostyki genetycznej czuwają dwie sekcje Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka (PTGC): Sekcja Cytogenetyki Hematoonkologicznej, której Przewodnicząca jest prof. Olga Haus oraz Sekcja Hematologii Molekularnej, której Przewodniczącą jest Dr n.med. Magdalena Zawada. Dla poprawy dostępu do diagnostyki genetycznej potrzebne są jeszcze zmiany dotyczące świadczeń genetycznych – tak, aby dostęp do diagnostyki genetycznej był także w AOS.

W onkologii badania genetyczne dotyczą zmian somatycznych (nie dziedziczających się), występujących tylko w komórkach nowotworowych oraz zmian germinalnych (zmiana w każdej komórce ciała, także w komórkach rozrodczych, z ryzykiem przekazania potomstwu). Jedne i drugie badania są bardzo ważne, mają swoje odrębności metodyczne, ale muszą być najwyższej jakości. Diagnostyka genetyczna jest ważnym obszarem w Narodowej Strategii Onkologicznej, w 2024 r grupa robocza pod kierunkiem Prof. Izabeli Łączmańskiej opracowała standardy w laboratoriach genetycznych w onkologii, a obecnie pracuje nad standardami w hematoonkologii.

Aktualnie w Polsce potencjał diagnostyki genetycznej nie jest w pełni wykorzystywany i co za tym idzie, pacjenci chorzy na nowotwory nie mogą w pełni korzystać z terapii celowanych. Przyczyny takiego stanu rzeczy są złożone. W Polsce są bardzo dobre laboratoria genetyczne wyspecjalizowane w diagnostyce genetycznej w onkologii, jednak konieczne są zmiany organizacyjne, ułatwiające zlecenie badań genetycznych w AOS, a także szerzenie wiedzy o znaczeniu diagnostyki genetycznej dla terapii celowanej. Należy podkreślić, że w 2024 r. zostały wydane drukiem „Zmiany somatyczne w nowotworach litych dzieci i dorosłych: standardy diagnostyki genetycznej PTGC” opracowane przez zespół ekspertów pod kierunkiem Prof. Artura Kowalika, Przewodniczącego Sekcji Guzów Litych Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka, które są znakomitymi rekomendacjami dotyczącymi diagnostyki genetycznej w poszczególnych rodzajach nowotworów narządowych. Czekamy na objęcie refundacją nowego świadczenia „kompleksowe profilowanie genomowe”, to badanie ok 500 genów w komórkach nowotworowych, w celu wykrycia zmian genetycznych wskazujących na to, jaka terapia celowana będzie skuteczna.

Dla rozwoju diagnostyki genetycznej niezbędne są wyszkolone kadry. Wielkim sukcesem było to, że w 2024 roku pojawili się pierwsi specjaliści medycznej genetyki molekularnej – nowej specjalizacji, włączającej w pełni biologów molekularnych i biotechnologów do diagnostyki genetycznej. Są oni, obok specjalistów laboratoryjnej genetyki medycznej, niezbędni dla rozwoju badań genetycznych w onkologii i hematoonkologii, a także w chorobach rzadkich.

O ile rysuje się dobre zabezpieczenie kadrowe diagnostyki genetycznej w onkologii, to sytuacja w poradnictwie genetycznym w onkologii jest dramatyczna. Przeprowadzony pod koniec 2024 r. przez KK w dziedzinie genetyki klinicznej (prof. Anna Latos-Bieleńska) spis „z natury” genetyków klinicznych wykazał, że w Polsce jest 160 ogółem specjalistów genetyki klinicznej, jednak na pracę kliniczną poświęcają oni część etatu, a część pracuje w innych specjalnościach lub nie jest czynna zawodowo. Na poradnictwo genetyczne w onkologii przypada tylko 30 etatów na całą Polskę. Czas oczekiwania na wizytę w poradni genetycznej jest nieakceptowalnie długi. Wskazuje to na konieczność szybkich i zdecydowanych zmian systemowych. Lekarz genetyk kliniczny powinien pracować w zespole z pielęgniarkami genetycznymi (nowa specjalizacja w pielęgniarstwie) oraz doradcami genetycznymi w onkologii (nowy zawód medyczny, obecnie najszybciej rozwijający się zawód medyczny na świecie). Model taki się sprawdza na świecie i jest niezbędny wobec szybkiego rozwoju medycyny genomowej. Np. w USA jeden lekarz genetyk kliniczny pracuje z 4-6 pielęgniarkami genetycznymi i/lub doradcami genetycznymi. Jeśli takiego modelu nie wprowadzimy także w Polsce, nie będzie możliwa identyfikacja rodzin wysokiego ryzyka genetycznego i objęcia badaniami profilaktycznymi nosicieli mutacji. Oprócz osobistej tragedii chorych i ich rodzin, takie zaniechanie pociągnie za sobą wielkie koszty dla systemu ochrony zdrowia.

***Prof. Alicja Chybicka, Posłanka na Sejm RP, Sejmowa Komisja Zdrowia, Przewodnicząca Zespołu Parlamentarnego ds. Chorób Rzadkich, Transplantologii i Rodziców dla Klimatu***



W dniu 4 lutego obchodzimy Światowy Dzień Chorych Onkologicznie, a właściwie Światowy Dzień Onkologii. Z tego miejsca chciałam złożyć wszystkim chorym najserdeczniejsze życzenia. Życzę zdrowia tym chorym, którzy walczą o swoje życie i zdrowie oraz tym, którzy już się wyleczyli lub żyją z nowotworem. Dziękuję całemu zespołowi lekarzy onkologów, pielęgniarek onkologicznych i diagnostów laboratoryjnych, a także całemu szarego personelu, który wspiera leczenie i wyzdrowienie pacjentów onkologicznych w Polsce.

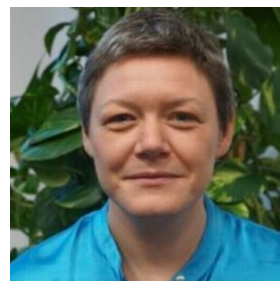
Onkologia dziecięca powinna być wzorem dla onkologii dorosłych. W latach 70. jechaliśmy na tym samym wózku, jak onkologia dorosłych. Wyleczalność była na poziomie 15%, rozpoznawalność bardzo późna i śmiertelność do tego stopnia wysoka, że klinice, w której ja startowałam, a była to klinika pediatrii ogólnej, która miała tylko oddział, lekarze nie chcieli w ogóle pracować. Wtedy było wiadomym, że jak przyjmujemy dziecko chore na nowotwór, to najprawdopodobniej ono umrze. Ta sytuacja się diametralnie odwróciła, bo aktualnie w onkohematologii dziecięcej mamy ponad 85% wyleczeń. Są nawet takie nowotwory, które są już bliskie 100% wyleczalności. W przypadku guza łitego - neuroblastoma (NBL), wyleczalność jest mniejsza, ale w 2024 r. weszła terapia genowa. Ambicją naszą jest, ażeby ta terapia została refundowana w Polsce.

Sukces onkohematologii dziecięcej to zasługa wielu ludzi. To także znakomicie zorganizowana sieć ośrodków współpracujących. Wpięto wszystkie nowotwory dziecięce w programy unijne i Polska w niektórych programach jest koordynatorem. To polega na tym, że program jest europejski, czyli stosowany we wszystkich krajach, ale koordynuje go jeden ośrodek kliniczny. Kiedy w Polsce, na przykład, polski koordynator od mięsaka poprzeczno-komórkowego ma jakiś problem, to wie, gdzie w Europie ma się zwrócić do koordynatora europejskiego. Ten koordynator może posłać tam materiał do badania histopatologicznego, genetycznego, może się odbyć wideokonferencja, czy konferencja przez Internet. W onkologii dziecięcej została, jako pierwsza w Polsce, wprowadzona opieka

holistyczna. W „Przylądku Nadziei” jest wielkie piętro rehabilitacyjne, gdzie dziecko jest rehabilitowane biernie w łóżku, a potem czynnie. Dziecko ma przyrządy do wyboru, piętro jest żółte, wszystko jest kolorowe, tak jak to dzieci mieć powinny. Jest sztab psychologów, który nazywa się Kliniką Mentalną. Jest szkoła, która uczy dzieci i oferuje im różne rozrywki. To samo trzeba zrobić u dorosłych. Jest w tej chwili duży problem, co zrobić z dziećmi, które kończą 18 lat. One nie chcą przechodzić pod opiekę onkologii dorosłych. I nie dlatego, że tam są źli lekarze, bo są bardzo dobrzy. Tam jest mnóstwo osób, które walczą o tych chorych. Tylko trzeba pamiętać, że na nowotwory rocznie zachorowuje 1 200 dzieci, a dorosłych - 180 tysięcy. Czyli, to jest po prostu nieporównywalna liczba chorych. Ale holistyczna opieka jest potrzebna i problem, który stoi w tej chwili przed obydwojema onkologiami, to jest przejście pacjentów z wieku dziecięcego po ukończeniu 18 lat do ośrodków dorosłych. W nich muszą być dokładnie te same warunki. Potrzebna tym dzieciom jest szkoła. Tych szkół nie ma w klinikach dla dorosłych, czy w oddziałach onkologii dorosłych. I tak dalej, krok po kroku.

Wiele innowacyjnych terapii zostało już zrefundowanych. Jednak w onkologii wiedza pędzi do przodu i w Polsce niezbędna jest zmiana systemu refundacji leków. W tej chwili trwają prace nad ustawą refundacyjną, dlatego że potrzebna jest szybka ścieżka refundacji dla leków ratujących życie w onkologii. Chcemy, aby chory mógł dostać lek szybciej. Jest również problem w tym, że terapie genowe, które są zatwierdzone przez FDA, żeby dostały się do Polski muszą jeszcze być zatwierdzone przez EMA, a następnie przejść cały proces refundacji. To wszystko trzeba skrócić, bo życie człowiek ma tylko jedno. Jak nie podamy leku choremu w odpowiednim czasie, to tego życia nie uratujemy. Postęp, który się dokonał w onkologii jest gigantyczny. Wprowadzane są nowe metody terapii, ale zachorowalność na nowotwory zdecydowanie rośnie. Profilaktyka jest bardzo potrzebna. Musimy walczyć o czyste powietrze i zdrowe żywienie. Wszystkie czynniki, które mogą włączyć geny nowotworowe są w naszych rękach.

***Jennifer Tyldesley, Radczyni Minister ds. gospodarczych,  
Ambasada Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i  
Irlandii Północnej***



Wiemy, że na jakimś etapie życia, co drugi Brytyjczyk będzie miał nowotwór. Dzięki rozwojowi technologii medycznych przeżycie poprawiło się dwukrotnie, ale tak czy inaczej pozostaje dużym wyzwaniem, z którym musimy się zmierzyć.

Rak, jak wiele innych chorób, nie dyskryminuje nikogo- dotyka ludzi niezależnie od wieku, płci, pochodzenia czy statusu społecznego. To było wyraźnie przypomniane Brytyjczykom, kiedy w zeszłym roku, zarówno król Karol i księżniczka Kate mieli rozpoznane nowotwory. Nadało to bardzo emocjonalny aspekt temu, czym jest rak. Zwróciło również uwagę na to, że wczesne rozpoznanie, badania profilaktyczne i terapia powinny być rozwijane. Bardzo się cieszę, że oboje mieli bardzo dobre wyniki leczenia, a sam król był na tyle zdrowy, że mógł w tym tygodniu odwiedzić Polskę.

W ramach długoterminowej strategii NHS Wielka Brytania zobowiązała się do tego, aby 75% pacjentów otrzymywało prawidłową diagnozę w ciągu 28 dni. Jednak mimo tych wysiłków czas oczekiwania na diagnozę wciąż jest zbyt długi. Dlatego wczesne wykrywanie nowotworów pozostaje jednym z naszych kluczowych priorytetów. Naszym celem jest dalszy rozwój możliwości diagnostycznych, zwiększenie finansowania oraz reorganizacja Krajowej Służby Zdrowia (NHS), w tym inwestycje w nowoczesne urządzenia diagnostyczne, takie jak rezonans magnetyczny.

Innowacje w diagnostyce i terapii muszą iść w parze z programami zdrowia publicznego. Jednym z nich jest program Targeted Lung Health Check, który ma na celu wczesne wykrywanie nowotworów płuc wśród osób z grupy ryzyka. Do 2030 roku program ten będzie dostępny dla wszystkich kwalifikujących się pacjentów. Jego celem jest zwiększenie wykrywalności raka płuca we wczesnym stadium, co znacząco poprawia rokowania chorych. Gdy program zostanie w pełni wdrożony, przewidujemy, że co roku będziemy diagnozować około 9 tysięcy przypadków raka płuca, co pomoże nam realizować ambicję wykrywania większej liczby nowotworów w pierwszym i drugim stadium zaawansowania klinicznego. Już dziś widzimy, że dzięki tej inicjatywie udaje się wykrywać 75% przypadków raka płuca we wczesnym stadium, podczas gdy standardowa diagnostyka pozwala na wczesne wykrycie jedynie 29% przypadków.

Kiedy w ubiegłym roku nowy rząd objął urząd, ogłosił sektor ochrony zdrowia jako jeden ze swoich kluczowych priorytetów. W związku z tym wprowadzane są obecnie nowe programy w ramach NHS, w tym te związane z onkologią. W Departamencie Zdrowia intensywnie pracujemy nad rozwojem Narodowego Planu Onkologicznego, który ma na celu przyspieszenie diagnozy i leczenia nowotworów.

Wielka Brytania dąży do wdrażania najbardziej innowacyjnych i skutecznych rozwiązań w onkologii oraz do dalszej międzynarodowej współpracy w tym zakresie. Walka z nowotworami to globalne wyzwanie, które wymaga wspólnych działań.

Brytyjskie firmy, takie jak GSK i AstraZeneca, aktywnie działają na polskim rynku. GSK koncentruje się na badaniach w zakresie chorób ginekologicznych i układu krążenia, natomiast AstraZeneca prowadzi prace nad nowymi lekami onkologicznymi, w tym w obszarze nowotworów układu oddechowego i pokarmowego. W ostatnich latach AstraZeneca przeznaczyła ponad 2 miliardy złotych na badania i rozwój oraz ponad 15 milionów złotych na działania związane z profilaktyką zdrowotną i nowoczesną diagnostyką w Polsce. Warto również podkreślić, że brytyjski robot chirurgiczny Versius jest dostępny na polskim rynku.

Przed nami jeszcze wiele wyzwań, zwłaszcza w obszarze polityki publicznej. Cieszę się, że nasze Ministerstwo Zdrowia coraz ściślej współpracuje z polskim odpowiednikiem w zakresie wymiany technologii i doświadczeń, które mogą poprawić skuteczność leczenia pacjentów w obu krajach.

Dziękuję za organizację tego spotkania i mam nadzieję, że nasze dyskusje przyniosą owocne rezultaty. Życzę Polsce wszystkiego najlepszego w ramach nadania priorytetów tego tematu w czasie pełnienia prezydentur.

### ***Prof. Ewa Lech-Marańda, Konsultant krajowa w dziedzinie hematologii***

Patrząc całościowo na bezpieczeństwo polskich pacjentów hematoonkologicznych, to wyróżniłabym trzy obszary bezpieczeństwa. Są to: bezpieczeństwo diagnostyki, bezpieczeństwo terapii oraz bezpieczeństwo organizacyjne. Jeżeli chodzi o bezpieczeństwo pacjenta hematoonkologicznego na etapie diagnozy choroby, to tutaj przede wszystkim podkreśliłabym konieczność równego dostępu pacjentów do diagnostyki. Żeby ten dostęp był równy i zgodny z obowiązującymi standardami, to konieczne jest, co zawsze podkreślam, odwrócenie piramidy świadczeń. Lekarze - hematolodzy powinni mieć możliwość wykonywania diagnostyki hematologicznej na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Trzy lata temu udało się umieścić w koszyku świadczeń gwarantowanych biopsję i trepanobiopsję szpiku w warunkach



ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Aby zapewnić pacjentom szybką diagnostykę, bez konieczności przyjmowania pacjenta do szpitala, co w większości przypadków nie jest konieczne, powinno być możliwe wykonywanie badań immunofenotypowych i badań genetycznych na poziomie poradni hematologicznej. To zdecydowanie zwiększy dostęp pacjentów do właściwej diagnostyki i usprawni cały proces diagnostyczny. Teraz, żeby wykonać podstawowe badania diagnostyczne w hematologii, takie jak badanie immunofenotypowe z krwi obwodowej, czy ze szpiku, musimy przyjąć pacjenta do szpitala. Badania genetyczne są konieczne do postawienia właściwego rozpoznania, ale też do określenia grupy ryzyka u pacjenta. Dodatkowo na podstawie badań genetycznych dobieramy terapię w części rozpoznania nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego, gdyż w hematologii terapia jest już zindywidualizowana. Konieczny jest zatem szybki dostęp do tych badań, stąd nasze starania, aby w/w badań były finansowane w ramach AOS.

Drugi aspekt, to bezpieczeństwo leczenia. Dostęp do nowoczesnych terapii dla pacjentów hematologicznych bardzo istotnie poprawił się w ciągu ostatnich lat. W 2024 r. zostało zrefundowanych 17 nowych częścyczko-wskazań, a w latach 2019-23 zrefundowano aż 75 nowych częścyczko-wskazań w chorobach hematologicznych nowotworowych i nienowotworowych. Lista refundacyjna w styczniu 2025 roku przyniosła pięć nowych refundacji w hematologii. Jednak, żeby te wszystkie nowoczesne terapie były optymalnie wykorzystane potrzebne jest wprowadzenie niezbędnych zmian organizacyjnych i systemowych, które zapewnią szybki i równy dostęp dla pacjentów. W aspekcie bezpieczeństwa terapii zwróciłabym uwagę na niezwykle ważny aspekt leczenia hematologicznego, tj. leczenie wspomagające i leczenie powikłań. Mam na myśli przede wszystkim właściwe finansowanie leczenia powikłań infekcyjnych, w tym bakteriami wielolekoopornymi oraz infekcji grzybiczych i wirusowych, leczenie powikłań immunologicznych występujących po stosowaniu terapii CAR-T i przeciwciałach dwuswoistych. Potrzebujemy systemowych rozwiązań, które zapewnią pacjentowi dostęp do takiego samego leczenia wspomagającego zgodnego ze standardami w każdym ośrodku hematologicznym w Polsce.

Warunkiem bezpieczeństwa pacjenta hematoonkologicznego jest takie organizacyjne poukładanie systemu, żeby pacjent w tym systemie czuł się zaopiekowany na każdym etapie swojej diagnostyki i leczenia. W 2023 roku przygotowaliśmy projekt pilotażu Krajowej Sieci Hematologicznej (KSH), który w sierpniu został poddany konsultacjom publicznym i od października 2023 roku czeka na zielone światło ze strony Ministerstwa Zdrowia, aby można go było rozpocząć. Pilotaż Krajowej Sieci Hematologicznej to projekt organizacyjnego poukładania hematologii, który opiera się na referencyjności ośrodków hematologicznych. Proponowane jest dwukierunkowe przekazywanie pacjentów pomiędzy ośrodkami, tak aby zapewnić optymalne, jak najszybsze leczenie na poszczególnych etapach procesu terapeutycznego. Projekt zakłada podpisanie umów o współpracy między ośrodkami, wprowadzenie jednolitych standardów postępowania diagnostyczno-leczniczego w oparciu o ścieżki pacjentów, tak żeby pacjent hematoonkologiczny w każdym regionie Polski mógł być tak samo leczony. Zakładamy też współpracę z lekarzami POZ, w tym przygotowanie standardów dla lekarzy POZ, kiedy kierować pacjenta na oddział hematologiczny, kiedy do poradni, jakie badania diagnostyczne przy podejrzeniu jakich chorób powinny być wykonane oraz jak prowadzić przewlekłą opiekę nad pacjentem hematologicznym, a więc kiedy szczepić, jak postępować w przypadku infekcji. W ramach KSH zapewniona będzie koordynacja opieki dla chorego na nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego rozumiana jako koordynacja pozioma i pionowa. Koordynacja pozioma będzie odbywała się w obrębie danego ośrodka, w którym będzie dedykowany koordynator dla pacjenta, a jego rolą będzie przeprowadzenie chorego przez poszczególne etapy leczenia, w tym pomoc w ustalaniu specjalistycznych badań i konsultacji. Koordynacja pionowa, czyli pomiędzy

ośrodkami hematologicznymi ma na celu korodyzację ścieżki pacjenta w przypadku konieczności realizacji pewnych procedur czy etapów leczenia w innym ośrodku hematologicznym. Kompleksowość leczenia w hematologii rozumiem nie tylko jako zapewnienie terapii na poszczególnych etapach leczenia choroby nowotworowej, ale również jako zapewnienie pacjentowi z wielochorobowością, która dotyczy większości pacjentów hematologicznych, konsultacji kardiologicznych, pulmonologicznych, nefrologicznych, ale również opieki psychologa klinicznego, dietetyka klinicznego, czy rehabilitanta. Powinna być możliwość realizacji takich konsultacji zarówno w trybie szpitalnym, jak i ambulatoryjnym. Krajowa Sieć Hematologiczna zakłada również monitorowanie jakości całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, ale też monitorowanie funkcjonowania ośrodków w ramach KSH. Celem pilotażu KSH jest poprawa dostępności do diagnostyki i leczenia, ale również zadbanie o jakość wykonywanych procedur diagnostyczno-leczniczych, tak aby poprawić rokowanie i wydłużyć przeżycie pacjentów w nowotworami krwi.

***Prof. Maciej Harat, Kierownik Zakładu Neuroonkologii i Radiochirurgii, Centrum Onkologii im. Profesora F. Łukaszczyka w Bydgoszczy***



W zakresie neuroonkologii należy wyróżnić dwa nowe obszary, które mogą istotnie wpłynąć na poprawę sytuacji zdrowotnej polskich pacjentów. Obie koncentrują się wokół glejaków, czyli najczęstszych pierwotnych nowotworów złośliwych mózgu. Glejak IV stopnia (najczęściej glejak wielopostaciowy – glioblastoma multiforme, GBM) to najbardziej agresywna postać glejaka. W Polsce szacuje się, że glejaki IV stopnia stanowią około 50–60% wszystkich glejaków złośliwych.

Biorąc pod uwagę, że rocznie diagnozuje się około 3000 nowych przypadków glejaków można oszacować, że około 1500–1800 pacjentów rocznie otrzymuje diagnozę glejaka IV stopnia.

GBM występuje częściej u osób dorosłych, a jego rokowanie jest bardzo niekorzystne: średni czas przeżycia wynosi 12–15 miesięcy przy zastosowaniu leczenia standardowego (chirurgia, radioterapia, chemioterapia). Te bardzo złe wyniki leczenia, jedne z najgorszych w całej onkologii wynikają z trudności w przenikaniu leków przez barierę krew mózg oraz trudnych do wyznaczenia granicach nacieku, co uniemożliwia skuteczną chirurgię czy radioterapię. W ostatnim czasie pojawił się przełom w terapii i diagnostyce glejaków, który nie jest jeszcze szeroko dostępny w Polsce z uwagi na bariery finansowe. Terapia TFields- która znana jest na świecie i refundowana w wielu krajach, zaczynając od Stanów Zjednoczonych, Niemiec, Francji, Austrii i Szwajcarii została zatwierdzona przez FDA i EMA. Stosowana od kilku lat -bardzo istotnie poprawiła rokowania. Jest to pierwsza od ponad dwudziestu lat (czyli od czasu wprowadzenia temozolomidu) terapia, która wpływa na wydłużenie życia chorych. Po włączeniu terapii TFields mediana przeżycia wydłuża się o jedną czwartą, a nawet dwukrotnie więcej chorych przeżywa rok, dwa czy pięć lat. Badania nad jej skutecznością opublikowano w JAMA w 2017r., a terapia znalazła miejsce w międzynarodowych rekomendacjach interdyscyplinarnych w onkologii czyli w NCCN. Ponadto z naszych badań wynika, że w wyniku połączenia terapii TFields z radiochirurgią opartą o obrazowanie PET z tyrozyną, ponad 30% naszych chorych przeżyło wiele lat od rozpoznania nawrotu, podczas gdy w standardowej terapii przeżycie liczymy w tygodniach, a wieloletnie przeżycia praktycznie nie występują. Warto podkreślić, że tolerancja tego leczenia jest dobra i znacznie mniej toksyczna niż inne metody walki z glejakiem.

Drugą kwestią jest diagnostyka z wykorzystaniem pozytonowej tomografii emisyjnej i dedykowanych radioznaczników, takich jak tyrozyna. Dzięki takim badaniom diagnostycznym jesteśmy w stanie wyznaczyć granicę niewidoczną w rezonansie magnetycznym a naciek uwidocznic kilka miesięcy wcześniej. Nie możemy liczyć na poprawę wyników leczenia, jeśli nie wiemy jak rozległy jest naciek. Nie możemy liczyć na to, że uda nam się usunąć go chirurgicznie czy zniszczyć promieniowaniem, jeśli nie wiemy, gdzie on jest. W obszarze naszych zainteresowań pojawiła się możliwość precyzyjnej diagnostyki, która jest dostępna szeroko w Niemczech czy w Stanach Zjednoczonych, z kolei w Polsce dostępna marginalnie. Nasze badania opublikowane w Nature Communications również wykazały, że wynik odpowiednio wykonanego i przeanalizowanego badania PET z tyrozyną w każdym przypadku różnił się od wyniku obrazowania rezonansem magnetycznym, a w 30% przypadków zmienił ostateczne rozpoznanie. Urządzenia PET są dostępne przy każdym centrum onkologii, jednak problematyczna jest dostępność radioznaczników takich jak tyrozyna. Dodatkowo koszt badania z radioznacznikiem musi pokrywać pacjent. W glejaku niezwykle ważny jest czas ponieważ nowotwór ten rozwija się bardzo agresywnie a nawet milimetr wzrostu w najgorszym wypadku może oznaczać załamanie stanu sprawności i brak możliwości leczenia.

Poprawa w zakresie dostępności tych dwóch metod będzie krokiem milowym przybliżającym polskich pacjentów do poziomu leczenia na zachodzie i jest niezwykle wyczekiwana przez chorych oraz ich rodziny. W tej chorobie system ochrony zdrowia ma wciąż zbyt mało do zaoferowania, co stanowi pożywkę dla wszelkiego rodzaju terapii alternatywnych i niekonwencjonalnych, przed którymi należy chronić naszych chorych.

***Prof. Lucyna Ostrowska, Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Kierownik Zakładu Dietetyki i Żywienia Klinicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku***



Otyłość prowadzi do rozwoju ponad 200 różnych jednostek chorobowych, w tym chorób onkologicznych. Dlatego jesteśmy w stanie, lecząc otyłość czy zapobiegając otyłości, zmienić statystyki zachorowań na choroby onkologiczne. Pacjent chorujący na otyłość jest pacjentem dużego ryzyka zagrożenia wystąpienia nowotworu z różnych powodów. Z powodów samej kliniki tej choroby, ponieważ występowanie zjawiska insulinooporności, hyperinsulinemii i hiperglikemii, które jest powikłaniem chorego adipocytu trzewnego, generuje już możliwość zwiększenia nowotworzenia w organizmie. W samej tkance tłuszczowej wisceralnej toczy się często stan zapalny, co powoduje napływ makrofagów i nadmierną produkcję cytokin zapalnych, które po uwolnieniu do krwiobiegu, generują stan zapalny ogólnoustrojowy (który nasila się wraz z powiększaniem pola trzewnego tkanki tłuszczowej oraz tkanki tłuszczowej ektopowej). U pacjentów z otyłością mamy także (przynajmniej u części pacjentów), stan hyperestrogenizacji ustroju, ponieważ enzymy znajdujące się w zrębie tkanki tłuszczowej często prowadzą do konwersji androgenów do estrogenów. Jak wiemy, receptory i białko transportowe dla estrogenów nie ulegają u osób chorujących na otyłość zwiększeniu. W związku z tym mamy hyperestrogenizację i stąd nowotwory estrogenozależne (u kobiet głównie nowotwór piersi oraz macicy). Dodatkowo wiemy, że takie czynniki sprawcze, które sprzyjają nowotworzeniu u pacjenta chorującego na chorobę otyłościową, to również model zachodniej diety, czyli diety wysokotłuszczowej, wysokobiałkowej i niskobłonnikowej. Stąd częstość występowania w tej grupie pacjentów chociażby nowotworów jelita grubego. Dodatkowo wiemy, że mamy zmianę mikrobioty jelitowej, która również może uczestniczyć, jako silny czynnik



ryzyka w rozwoju nowotworu jelita grubego, ale nie tylko. Wiemy, że również patologia, jaka może u pacjenta wystąpić, czyli tzw. dysbioza w przewodzie pokarmowym, może sprzyjać zarówno zjawisku insulinooporności, jak i pogłębianiu się stanu zapalnego w tkance tłuszczowej. Te wszystkie czynniki mogą się kumulować, na siebie nakładać i zwiększać ryzyko nowotworzenia.

Dodatkowo obserwujemy, że wśród pacjentów chorujących na otyłość diagnostyka choroby otyłościowej jest zdecydowanie opóźniona z różnych powodów. Chociażby dlatego, że nasze pacjentki chorujące na otyłość, zwłaszcza otyłość drugiego, czy trzeciego stopnia, rzadziej chodzą na kontrole ginekologiczne ze względu na stygmatyzację, jakiej mogą tam doświadczać i na jaką się skarżą. Powinniśmy się zastanowić, dlaczego się tak dzieje. Poza tym, sama diagnostyka, jeśli chodzi o diagnostykę obrazową, jest bardziej utrudniona u pacjenta chorującego na otyłość ze względu na przezierność tkanek. Utrudnione jest wykonanie USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, czy też metody densytometrycznej. Stąd też ta opóźniona diagnostyka i gorsze rokowanie dla pacjenta chorującego na otyłość. Podsumowując, pacjent chorujący na otyłość ma więcej czynników ryzyka, które mogą sprzyjać nowotworzeniu, a jednocześnie ma pogorszoną diagnostykę tego schorzenia, więc późniejsze stany wykrywalności, stąd oni mają gorsze rokowanie przy stwierdzeniu choroby nowotworowej, co do jej pomyślnego wyleczenia. Jeśli chodzi o wpływ samej choroby otyłościowej, to na ostatnim kongresie onkologicznym usłyszałam, że 60% nowotworów w Polsce by nie występowało, gdyby nie było choroby otyłościowej. Mamy tutaj na uwadze 9 milionów osób, które w 60% mogą być zagrożeni nowotworami. Natomiast inne dane epidemiologiczne, jakie ostatnio udało mi się od onkologów usłyszeć, wykazują, że 40% nowotworów jest powiązanych z chorobą otyłościową.

Co do leczenia samej choroby otyłościowej, nie mogę się tutaj jeszcze pochwalić, że wypracowaliśmy ścieżkę terapeutyczną pacjenta z chorobą otyłościową. Cały czas jesteśmy na początku drogi, ale w listopadzie 2024 r. powołano przy Ministerstwie Zdrowia Zespół roboczy ds. przeciwdziałania otyłości. W ramach jego prac wypracowujemy już rozwiązania, jak skuteczniej diagnozować i leczyć pacjenta chorującego na otyłość. Najtrudniejszym problemem dla nas jest wypracowanie ścieżki, a przypomnijmy sobie, dotyczy to 9 milionów osób chorujących na otyłość w Polsce. Mówię tu o pacjentach 18+, czyli osób dorosłych, plus do tego jeszcze ponad 3-4 miliony dzieci, które chorują na otyłość, więc jest to ogromna grupa, której musimy stworzyć ścieżkę diagnostyki i leczenia.

Musimy równolegle budować świadomość problemu otyłości wśród pacjentów i lekarzy. Jesteśmy na początku drogi i próbujemy ten problem rozwiązać razem z Ministerstwem Zdrowia i NFZ. Przede wszystkim musimy się zająć coraz intensywniej edukacją samych pacjentów, ale również lekarzy co do leczenia tej choroby, bo wcale nie jest to takie oczywiste, że w tej chwili już wszyscy umiemy leczyć otyłość. Cieszymy się, że mamy bardzo skuteczne narzędzia w postaci farmakoterapii i możemy to połączyć z metodami nefarmakologicznymi. Daje nam to rzeczywiście bardzo dobrą skuteczność, ale tak kompleksowo w Polsce wśród tych 9 milionów leczonych jest tylko 800 tysięcy, czyli niecały procent, więc znowu jest to niedobra statystyka.

### *Krystyna Wechmann, Prezes Ogólnopolskiej Federacji Amazonki*

Reprezentuję Federację Stowarzyszeń Amazonki, która od 30 lat wspiera kobiety z rakiem piersi oraz prowadzi działania zachęcające do profilaktyki. Niestety, osiągamy niewielkie rezultaty w tym zakresie.

Działania prewencyjne dotyczące raka piersi były dosyć znaczące na początkach lat 90., natomiast



z biegiem czasu aktywności typu marsze i festyny nie przynoszą już takich efektów jak niegdyś. Dlaczego działania organizacji pacjenckich są mało skuteczne? Dlatego, że my nie mamy mocnego finansowania. Ta sytuacja dotyczy nie tylko „Amazonek”. Jako przedstawiciele pacjentów jesteśmy wiarygodni, bo przeważnie przedstawiamy swoją chorobę. Są środki na te działania, ministerstwo ma budżet na profilaktykę i projekty w tym zakresie. Te pieniądze powinny otrzymać jednostki samorządu terytorialnego. Jeżeli w Federacji jest 200 klubów i te wszystkie małe kluby w województwie dostają na profilaktykę 1500-2000 zł, to co one mają za te pieniądze zrobić? Mam pomysł szkolenia przedstawicieli starostów, czy samorządowców, żeby występowali do Unii Europejskiej o środki, bo wtedy mogą skutecznie działać przy wsparciu organizacji pacjenckich. Otrzymując dofinansowanie, możemy podejmować działania w zakresie trzech faz profilaktyki: wczesnej, wtórnej i po leczeniu. Profilaktyka wczesna, czyli zdrowy styl życia, szczepienia, świadomość ważna dla społeczeństwa, mogą się odbywać właśnie w gminach. Koła gospodyń mogą mieć duży wpływ na zdrowie lokalnie, ale także i na to potrzebujemy środków. Bez pieniędzy nie zrobimy wiele. Myślę, że jest potencjał w budżecie, który jest możliwy do wykorzystania i nasza prezydencja w Unii Europejskiej jest szansą na to, żebyśmy przedstawili swój program wspierania społeczeństwa w temacie onkologii oraz prowadzenia skutecznych działań zachęcających do profilaktyki.

***Marzena Bieńkowska, Zastępca Dyrektora Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta***



Z perspektywy Rzecznika Praw Pacjenta zawsze podkreślamy, jak ważny jest pacjent oraz apelujemy, żeby pacjent był w centrum uwagi. Powinniśmy ze wszelkich sił poprawiać komunikację między lekarzem a pacjentem, bo ta komunikacja jest nie zawsze dobra. Pacjent wchodzi do gabinetu jest przyjmowany szybko, bo na korytarzu czekają inni pacjenci. Nie ma czasu na zadawanie pytań, na rozmowę i dlatego wielu przypadkach pacjenci zgłaszają się do Rzecznika Praw Pacjenta. Pytają, co mamy zrobić, w jaki sposób się w tym systemie poruszają. Bardzo ważne jest partnerstwo, nie że lekarz wie lepiej, tylko pacjent powinien stanowić dla lekarza partnera. Rozmawiamy o tym, zresztą z organizacjami pacjentów. Gdy jest choroba onkologiczna, jest diagnoza po jakimś czasie, jest leczenie, ale nie ma ten pacjent skontaktowania się z dietetykiem, psychologiem i zostaje z tym wszystkim sam. Oczywiście tutaj organizacje pacjentów w bardzo wielu sytuacjach pomagają. Ja sama zresztą, jak zgłosi się do mnie pacjenta, to kieruję go do organizacji, bo tam jest to wsparcie i pomoc. Pacjent, jeżeli sam doświadcza choroby onkologicznej, to w bardzo wielu przypadkach też staje się edukatorem osób które są wokół niego, bo też mówi i słucha. Ja miałem późne rozpoznanie, więc wykonaj badania wcześniej. Wydaje mi się, że pacjent powinien być w centrum uwagi, bo stanowi element edukacyjny. Bardzo ważne w tych działaniach jest wspieranie rozwiązań cyfrowych. Dalej w wielu podmiotach leczniczych są dokumenty, papiery, wszędzie pacjenci chodzą z teczkami. Mam nadzieję, że może w ramach prezydencji w Radzie Unii Europejskiej wykorzystajmy też te pieniądze, żeby cyfryzację wprowadzać lepiej, żeby ten pacjent nie musiał kserować dokumentów i to jest bardzo duży problem. Od wielu lat się mówi o cyfryzacji systemu ochrony zdrowia, a jednak cały czas gdzieś ta cyfryzacja niknie. No i umawianie się elektronicznie na wizyty, bo to też jest ważne. Umawianie, potwierdzanie, to też wydłuża kolejki. Mówimy, że są kolejki, ale też wielu pacjentów nie przychodzi na umówione wizyty. Jeżeli chodzi o nowotwory dziecięce, to bardzo apelowały organizacje pacjentów na Komisji Zdrowia o to, aby wprowadzić rejestry onkologiczne. Cała Europa ma już rejestry. Są organizacje, które prowadzą rejestry, ale nadal nie ma przepisów prawa, które wprowadzałyby te rejestry do obiegu Dało by to możliwość lepszego leczenia onkologicznego.

### *Dr Iga Lipska, Prezeska Instytutu Polityki Zdrowotnej*

Jestem z wykształcenia lekarką, z ponad 25-letnim doświadczeniem w systemie opieki zdrowotnej w Polsce oraz za granicą, w szczególności w Holandii oraz UK. Zajmuję się na co dzień polityką zdrowotną opartą o dowody naukowe (ang. evidence-based health policy). Przez wiele lat miałam okazję pracować w NFZ i AOTMiT. Zauważyłam, że faktycznie mamy dostęp do danych, natomiast nie korzystamy z tych danych we właściwy sposób. Teraz jest unikalna możliwość w ramach polskiej Prezydencji w Radzie Unii Europejskiej wykorzystania prac związanych z unijnym Rozporządzeniem Europejskiej Przestrzeni Danych Dotyczących Zdrowia (ang. European Health Data Space, EHDS). Warto zaznaczyć, że ramy prawne są takie, że rozporządzenie unijne obowiązuje w Polsce (jako kraju unijnym) wprost, natomiast dyrektywy możemy dostosowywać do polskiego porządku prawnego.



W Danii do niedawna intensywnie pracowała Komisja Profesora Jespera Fiskera, prezesa Duńskiego Towarzystwa Onkologicznego, będącego także pacjentem onkologicznym. Razem z zespołem ekspertów przez rok prof. Jesper Fisker opracowywał główne założenia planowanej reformy duńskiego systemu opieki zdrowotnej. Co jest istotne, powołanie tej Komisji wzięło się z tego, że miał miejsce pewnego rodzaju impas polityczny. Zdecydowano wtedy, że najlepszym wyjściem, wobec braku konsensusu politycznego, będzie powołanie komisji eksperckiej. Komisja dostała rok, żeby popracować nad głównymi założeniami reformy. Dlaczego rok? Bo jednak jest potrzebny czas, w przeciwnym razie nie jest możliwe wypracowanie rzetelnych rozwiązań, a często się to w Polsce dzieje, że coś jest do wypracowania „na wczoraj”. Wiem o czym mówię, bo pracowałam w NFZ i w Ministerstwie Zdrowia również, jako dyrektorka departamentu i to jest na porządku dziennym. Tak się to nie powinno odbywać. Przede wszystkim jest potrzebne planowanie i przekrojowa analiza danych. Co powiedzieli nam Duńczycy na początku rozmów w gronie reprezentantów kilku krajów z Europy Środkowo-Wschodniej? Powiedziano, że „możecie się Państwo dziwić, dlaczego my w tym momencie chcemy reformować system opieki zdrowotnej w Danii, który jest jednym z najlepiej funkcjonujących systemów w Europie i na świecie”. Faktycznie duński system zawsze jest w pierwszej trójce, czasami się wymieniają pierwszym miejscem z Niderlandami i Norwegią. Odpowiedź była prosta – „bo my wiemy, że za dziesięć lat ten system będzie niewydolny”. Możemy postawić pytanie na jakiej podstawie, skąd Duńczycy wiedzą, że ten system będzie niewydolny za dziesięć lat? Gdyż Duńczycy analizują dane, a dane są m.in. takie: m. in. ogromne niedobory pracowników medycznych. Polska jest jednym z krajów, w których jest jedna z najniższych w Europie, liczba pielęgniarek i lekarzy, czyli profesjonalistów medycznych w przeliczeniu na głowę mieszkańca. Są dane dotyczące epidemiologii, w tym onkologii oraz dane dot. demografii m.in. starzejące się społeczeństwo. Duńczycy analizują te dane i co najważniejsze: na podstawie danych podejmują decyzje dotyczące kierunków reformy duńskiego systemu opieki zdrowotnej. W Polsce, aż dziwnie jest używać zwrotu „reformy systemu opieki zdrowotnej”. Ja bardziej mówię o „zmianie i wdrażaniu tej zmiany, że decydujemy w jakiejś grupie na przykład ekspertów co do strategicznych założeń kierunków planowanych zmian”.

Duże znaczenie w projektowanych reformach ma rozwój technologii cyfrowych, m.in. związanych ze sztuczną inteligencją, która wpływa na przykład ogromnie na diagnostykę obrazową. AI zwiększa szybkość odczytywania obrazów radiologicznych, a radiologów nam nie przybędzie, bo ich jest tylko cztery tysiące w Polsce, z których ponad połowa korzysta z narzędzi AI. Odnoszę się do tego, że temat AI się pojawił, to po prostu, jeżeli nam radiologów nie przybywa, to trzeba wyposażyć ich w narzędzie pracy, które tę pracę usprawni. Gdy był ogromny problem z dostępem do diagnostyki obrazowej,

na przykład w CT i NMR dla pacjentów, NFZ wprowadził bezlimitowe świadczenia. Jaki to miało skutek, skoro nie przybyło radiologów? Miało skutek taki, że pacjent miał wykonane badanie CT i NMR, zaczęły rosnać jak grzyby po deszczu prywatne ośrodki, bo była zachęta rynkowa, natomiast pacjent nadal czekał na opis badania kilka tygodni, a nawet miesięcy. Jeżeli sprawa była pilna, to być może tydzień lub dwa. Najprostszym ruchem po stronie NFZ, czy Ministra Zdrowia, gdyż jest to świadczenie „koszykowe”, była decyzja dotycząca tego, żeby po pierwsze płacić za badanie dopiero po otrzymaniu przez pacjenta opisu badania obrazowego. Wykonanie badania i jego opis to jest „komplet”. Samo wykonanie badania nie jest świadczeniem samym w sobie. Ale taka prosta rekomendacja, którą napisali w raporcie, nie podobała się ówczesnemu prezesowi NFZ, który był później ministrem zdrowia. Natomiast to jest pierwsza rzecz, czyli popatrzenie na to, jak wygląda świadczenie, czyli tak naprawdę, czego oczekuje pacjent. Zapytajmy pacjenta, czy pacjent preferuje samo wykonanie badania, tylko czy czeka na opis tego badania. Ja sama przeszłam ścieżkę onkologiczną, może nie jestem jeszcze przygotowana na to, żeby publicznie o tym mówić, ale chciałam dostać opis badania. To jest właśnie ta perspektywa pacjenta, a perspektywa płatnika była wtedy trochę inna, czyli zapłacenie za wykonanie badania. Proszę zobaczyć, jak bardzo te perspektywy były rozbieżne. To jest jakby jedna rzecz. Teraz już się płaci za badanie i jego opis. Ale temat był jeszcze inny, mianowicie gdy jest mało radiologów, a przecież nie przybędzie ich z dnia na dzień, to w takim razie zastosujemy narzędzia, które usprawnią ich pracę. Być może NFZ powinien kontraktować narzędzia wykorzystujące sztuczną inteligencję. Europejska Przestrzeń Danych Dotyczących Zdrowia, to jest naprawdę unikalna okazja. A digitalizacja medycyny to jest jedyne wyjście, żeby rozwiązać braki kadrowe oraz problemy w dostępie do dokumentacji medycznej. Mam takie hasło „Digital First”, czyli „Najpierw w postaci cyfrowej/online”, jeżeli udałoby się to hasło wypromować, to chyba to jest właściwy kierunek.

Od kilkunastu lat oceniam jako ekspertka projekty naukowo-badawcze i projekty z zakresu polityki zdrowotnej dla Komisji Europejskiej. I korzystając z okazji, chcę podpowiedzieć kilka kwestii organizacjom pacjenckim. Od roku w zasadzie wszystkie projekty w obszarze zdrowia finansowane przez Unię Europejską, ale na poziomie faktycznie Komisji Europejskiej, wymagają obecności organizacji pacjenckich. I to doradzam jako również stabilne źródło finansowania. Oprócz tego, że w ramach tych projektów, pacjenci mają możliwość wypracowania takiego rozwiązania, jakie dla pacjentów z daną jednostką chorobową w danym obszarze byłoby najlepsze. My w Instytucie Polityki Zdrowotnej realizujemy obecnie projekt EDiHTA dotyczący rozwiązań cyfrowych i ich wdrażania, czyli *digital health*. Wypracowujemy ramy HTA, czyli oceny dla technologii cyfrowych i w tym projekcie są organizacje pacjenckie. Mamy parasolową organizację europejską, która absolutnie zabiera głos w zakresie tego, jak te rozwiązania będą wdrażane. To jest istotne. Te organizacje także otrzymują finansowanie unijne, a ze stabilnością finansową mierzy się niemal każda organizacja pacjencka.

W Holandii pod koniec lat osiemdziesiątych działała tzw. Komisja Dekkera, która wypracowała trzy główne obszary, w tym między innymi konkurencję pomiędzy płatnikami. Wprowadziła zarządzanie ryzykiem zdrowotnym w ramach ubezpieczenia pacjentów, tak żeby organizacje ubezpieczeniowe nie ubezpieczały tylko zdrowych i zamożnych, ale także chorych i mniej zamożnych. To była komisja ekspercka, która nadała kierunek holenderskiemu systemowi opieki zdrowotnej jednemu z najlepiej ocenianych (zawsze w pierwszej trójce) na wiele lat. Ustalenia Komisji Dekkera są korygowane cały czas, bo ten oczywiście system nie jest idealny. Ja tam przebywałam przez siedem lat i nadal jestem w kontakcie z wieloma ekspertami. Mój serdeczny kolega Holender, profesor Wim Goetsch powiedział: *„dziwię się, że tak podziwiacie system holenderski, bo on naprawdę nie jest idealny”*. Żaden system nie jest idealny, ale ten system jest naprawdę przyjazny pacjentom, ale między innymi dlatego,

że strategiczne założenia z 1989 roku, nadal są realizowane i korygowane właśnie na podstawie danych.

*Elżbieta Markowska, Prezes Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Prezes Stowarzyszenia Częstochowskiej Amazonki*



Jestem pacjentką, która 20 lat temu otrzymała diagnozę raka piersi. Od 18 lat jestem prezesem Stowarzyszenia Częstochowskich Amazonek, a Prezesem Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych od czerwca 2024 r. Dziękuję i doceniam działania Pani Prezes Krystyny Wechmann, która przez wiele lat była prezesem oraz była w Zarządzie Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. Jest z nami Aleksandra Rudnicka, która wydaje „Głos pacjenta onkologicznego”.

Jako Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych zrzeszamy tysiące pacjentów. Pacjentów, którzy reprezentują wiele organizacji, wiele grup pacjenckich. I to jest bardzo ważne, ponieważ to są grupy pacjentów, które są w całej Polsce. I to jest, myślę, że taką bardzo ważną, istotną sprawą. Powinniśmy działać jako grupa, jako fundacja parasolowa i działać systemowo. I to robimy. Ale przede wszystkim najważniejsze to jest to, żeby głośno mówić, że musimy zauważyć pacjenta, bo on jest najważniejszy. Pacjent, który potrzebuje pomocy i wsparcia, potrzebuje go również w regionach, nie tylko w centrum, w dużych ośrodkach. Otrzymujemy bardzo wiele telefonów, informacji, próśb, co zrobić, gdzie dalej się udać. Byłem operowany, jestem zoperowany i nie wiem, co dalej. Czyli większość pacjentów pozostaje samemu sobie i czeka na pomoc, a właśnie po to są nasze organizacje pacjentów. Dla nas jest bardzo ważne, jak pacjent powinien być traktowany przez lekarza. Partnerstwo jest bardzo ważne, ale jak przysłuchiwałam się, to naprawdę z mojego długiego doświadczenia wynika, że nie ma dobrej komunikacji pomiędzy lekarzem, a pacjentem. Jeżeli chodzi o czekanie na wizytę, to tam zachodzi komunikacja pomiędzy pacjentami. Czyli jeden pacjent drugiemu pacjentowi przekazuje informację i to jest kopalnia wiedzy, która nie do końca jest dobra. Tutaj apeluję również do pacjentów, jak nas dzisiaj wszyscy będą słuchać, żeby poszło to dalej, pamiętajmy, że my musimy mieć taką świadomość, że powinniśmy oddawać się w ręce lekarza. Lekarz się powinien nami zająć. Każdy pacjent jest inny, każdy z nas jest inny i od tego są właśnie ośrodki, lekarze, którzy powinni się tym zajmować.

My, jako Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych robimy wiele akcji edukacyjnych. „Pacjent wykluczony”, to jest bardzo duża kampania. Wspieraliśmy, mówiliśmy o tym, jakie są potrzeby, został zrobiony raport, ale również „akcja wdech-wydech”, czyli mówimy i apelujemy. Myślę, że trzeba podziękować Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, że jest i dzięki temu, że Amazonki są tak prężnie działające, że wiele organizacji odważyło się i zaczęło coś robić dla siebie, dla swojej grupy. I to są osoby, które są najlepszymi ekspertami. Mam marzenie, które może zostanie spełnione, żeby w reprezentacjach, jeżeli idziemy do Sejmu, do decydentów, aby siedł również przedstawiciel danej jednostki chorobowej, bo on jest żywym przykładem i ekspertem. Tych projektów jest bardzo dużo i chcemy zrobić wszystko, żeby to działało i szło w dobrym kierunku. Potrzebujemy na to finansowania i apelujemy o środki dla organizacji pacjentów.

Mówimy dzisiaj o profilaktyce zdrowotnej. Edukacja zdrowotna weszła do szkół, ale jest problem, bo jako przedmiot nieobowiązkowy. Jestem rozczarowana i podpisałam apel, aby był to przedmiot obowiązkowy. Chciałam powiedzieć, że w Częstochowie prowadzimy program pt. „Zostań samobadaczem roku, badaj piersi, badaj jądra”. Ten program cieszy bardzo dużą popularnością. Mamy edukację w klasach 7-8 szkoły podstawowej i w klasach licealnych. Wychodzimy również do dużych

zakładów pracy, ale co jest najważniejsze, uczniowie zostali ambasadorami Amazonek, a chłopcy, którzy również przystąpili do tego, zostali ambasadorami Urosami. To jest coś niesamowitego. Myśmy zrobili tę akcję, w której okazało się, że młodzi obywatele widzą problematykę zachorowań onkologicznych. Chłopcy, to było 15 listopada, w zespole szkół ekonomicznych przystąpili do badań, bo był lekarz urolog, który prowadzi z nimi również zajęcia. 25 chłopców przebadano się urologicznie, a w wyniku badań zostały wykryte pewne zmiany chorobowe. Więc, jest to znakomity przykład, jak bardzo ważna jest edukacja zdrowotna w szkołach. Obecna była telewizja TVN, gdzie redaktorzy rozmawiali o tym programie z uczniami. Mamy regularne spotkania, przyłączyły się Amazonki, jako ochotniczki i wolontariuszki, ale również przyłączyli się rodzice. Rodzice, którzy chcą z nami rozmawiać, którzy słuchają, bo dzieci idą z problemem zdrowotnym do rodziców, do domów, do swoich babci, ale też rozmawiają z kolegami. Więc takie rzeczy powinniśmy promować i taka jest rola wszystkich organizacji pacjentów.

*Prof. Beata Jagielska, Dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii, Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie*



Ze wszystkich krajów wybrzmiewa, jedno najważniejsze przesłanie - w onkologii należy zacząć od początku, czyli od prewencji pierwotnej. Użytki, brak aktywności fizycznej, palenie papierosów i ich substytutów, alkohol - te wszystkie czynniki ryzyka nie są tylko czynnikami ryzyka w przypadku chorób onkologicznych, ale możemy je przypisać do neurologii, diabetologii, czy kardiologii. Stąd też realizacja szeroko zakrojonych działań w ramach prewencji pierwotnej daje nam szansę uporania się z wieloma chorobami cywilizacyjnymi, nie tylko nowotworami. Zdrowy tryb życia, unikanie używek, zaprzestanie palenia tytoniu, zaprzestanie spożywania alkoholu, aktywność fizyczna od najmłodszych lat, to działania, które wpisują się skuteczną profilaktyką i edukacja w tym obszarze powinna być skierowana do naszych najmłodszych obywateli. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby zacząć już w przedszkolu i kontynuowane przez szkołę podstawową, licea aż po studia. Pamiętajmy jednak, że te działania muszą być odpowiednio ukierunkowane. Kluczowy jest sposób przygotowanie tematu oraz zainteresowanie tematem. Dzieci i młodzież nie chcą, aby to była kolejna nudna lekcja wykładowa, i w ten sposób na pewno nie osiągniemy w tym zakresie żadnego sukcesu. Młodzież bardzo szybko się rozwija, korzysta z wielu narzędzi interaktywnych, a my musimy w ten nurt po prostu się wpisać. To jest jedno działanie.

Drugie działanie, to w przypadku Polski korzystanie z dobrych praktyk międzynarodowych. W tej chwili mamy bardzo ścisłą współpracę m.in. zarówno z Danią ze Szwecją. Dania ma bardzo ciekawe rozwiązania i bardzo stabilny system ochrony zdrowia. Nie zmienia go co rok i to jest bardzo istotne. Dania osiągnęła znaczące sukcesy np. w przypadku spadku zachorowania na raka jelita grubego. Jest to efektem między innymi konsekwentnej kontynuacji wysyłania zaproszeń do pacjentów. W praktyce zaskutkowało to czterokrotnym zmniejszeniem zachorowalności na ten nowotwór. **W Finlandii niemal wyeliminowano raka szyjki macicy, dzięki szczepieniom przeciwko HPV rocznie diagnozowanych jest niespełna nieco ponad 180 kobiet.** W Polsce ponad 2200 i to w coraz bardziej zaawansowanych postaciach. Na tych skandynawskich przykładach widać jasno, że działania bezpośrednio skierowane do obywateli, do społeczeństwa są w stanie przynieść wymierne efekty zdrowotne. My na polu prewencji pierwotnej mamy swoje sukcesy, na przykład wycofanie alkotubek oraz działania na rzecz zaprzestania palenia tytoniu i tzw. e-papierosów. To wszystko się dzieje. Natomiast nie możemy zapominać, że efekty tego co my teraz robimy w prewencji, czy pierwotnej, czy wtórnej, zobaczymy

dopiero za wiele, wiele lat. Tak działa profilaktyka. Jednak, im dłużej będziemy zwlekali z podjęciem takich skutecznych działań, tym te efekty zdrowotne w naszym społeczeństwie będą bardzo odległe. Pokuszę się o nawet takie stwierdzenie, że możemy mieć bardzo duży problem, aby powstrzymać lawinę zachorowań na nowotwory, jeżeli tu i teraz nie zaczniemy skutecznie na polu profilaktyki działać.

Bardzo się cieszę, że organizacje pacjenckie wzięły profilaktykę w swoje ręce, bo nikt tak nie przekona drugiej osoby, jak osoba, która przeszła chorobę nowotworową. Osoba, która musiała się z nią zmierzyć i wie, jak duże koszty ponosi, nie tylko ona, ale przecież również cała jej rodzina. Mam nadzieję, że w czasie polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej będziemy skutecznie czerpać doświadczenia i dobre praktyki z innych krajów Unii oraz implementować je u nas w kraju. Nie dotyczy to tylko lekarzy i innego personelu medycznego, ale myślę, że dotyczy nas wszystkich. Bardzo ważne w tym wszystkim będzie uzmysłowienie pojedynczym obywatelom i całemu społeczeństwu, że nasze zdrowie jest w naszych rękach. To nie jest tak, że za naszą profilaktykę, za to, że zdecydujemy się na wykonanie mammografii, że zdecydujemy się na wykonanie kolonoskopii, jest odpowiedzialny lekarz, pielęgniarka, czy jakikolwiek urzędnik. Tak to nie działa. My musimy sobie uzmysłować, że nasza profilaktyka jest w naszych rękach i od nas zależy. Oczywiście musimy też pamiętać, że będą obszary w kraju, w których pacjenci mają problemy z dotarciem do świadczeń. Ja nazywam to wykluczeniem komunikacyjnym. Natknęliśmy się na to w trakcie realizacji programu dla powiatu plockiego. Rzeczywiście są tam gminy, gdzie pacjenci mają dużą trudność dostania się nawet do lekarza pierwszego kontaktu i musimy o tym pamiętać. A przecież są programy, które pozwalają dotrzeć do tych pacjentów. Wiele osób skarży się także na to, że są trudności z odnalezieniem informacji o programach profilaktycznych. Stąd też m.in. dobiegają końca prace nad Portalem Onkologicznym, który będzie już za niedługo uruchomiony. Planujemy to wstępnie na maj 2025 r. Bardzo ważną zakładką będzie zakładka „profilaktyka”, w której będzie można znaleźć wszystkie informacje co dla kogo, gdzie i kiedy. Może pokusimy się o narzędzia interaktywne. Jest to jeden z pomysłów organizacji pacjenckich, aby po wpisaniu płci i daty urodzenia ukazywała się informacja, gdzie i jakie profilaktyczne badanie należy wykonać. Myślę, że takie narzędzie, gdyby udało się wypracować, na pewno będzie bardzo pomocne dla wielu osób.

### ***Milena Kruszewska, Prezes Fundacji Watch Health Care***

W ramach działalności Fundacji Watch Health Care od 2012 roku mierzymy kolejki do lekarzy w Polsce. Niestety, w 2025 roku, o ponad dekadzie naszej pracy, jesteśmy dalej od pomocy lekarskiej, niż bliżej. Zaczynaliśmy od 2,5 miesiąca oczekiwania na świadczenie zdrowotne. Dziś już czekamy ponad 4 miesiące. Jakiś czas temu słyszałam, jak starsza pani, emerytka, powiedziała, że czekała na wizytę u kardiologa „tylko 3 miesiące, więc nie za długo”. To smutne, że doszliśmy do etapu przyzwyczajania się pacjentów do tej złej sytuacji. Pacjenci po prostu nie wiedzą, że zasługują na więcej.



Niestety fakt, że świadczenie jest świadczeniem gwarantowanym, nie przekłada się na to, że to świadczenie faktycznie pacjent może otrzymać na czas. Opublikowaliśmy Barometr WHC trzy tygodnie temu, więc mamy dobry moment na podsumowanie, jakie były reakcje na nasz raport. Z e strony dziennikarzy zawsze padają pytania, dlaczego tak jest. Natomiast pacjenci zawsze mówią, że i tak jest gorzej, niż my pokazujemy. NFZ z kolei mówi, że nie jest aż tak źle, jak pokazujemy - chociaż ostatnie dane NFZ wskazują, że w sumie to jednak jest.

NFZ ciągle powtarza, że pacjenci nie odwołują wizyt. Zapewniam, że odwoływaliby, gdyby mieli jak i gdyby czuli się w systemie ważni. Pacjent nie żyje w systemie, który zachęca go do zdrowego trybu życia i nie daje mu szans na to, żeby on rzeczywiście żył zdrowy. Nie mamy edukacji zdrowotnej, a profilaktyka zdrowotna leży. Zdecydowanie chciałabym podkreślić, że pacjent nie jest winny temu, jak wygląda system. Od tego są decyzjenci.

Mierzymy w ramach Barometru między innymi dostępność do świadczeń onkologicznych. Wygląda na to, że jakby cały system działał tak, jak sama onkologia, to byłibyśmy naprawdę w dobrym miejscu, jeśli chodzi o kolejki. W onkologii kolejki średnio wynoszą 2 miesiące, czyli krócej niż średnia, która wynosi ponad 4 miesiące dla całej populacji we wszystkich dziedzinach. Mamy wizytę u onkologa, na którą dostaniemy się szybko. Pytanie, z czym przyjdziemy, bo możemy przyjść z zaawansowanym nowotworem, co zdarza się coraz częściej – to nasz spadek po pandemii i efekt braku nawyków profilaktycznych.

Mastektomia, resekcja macicy, biopsja aspiracyjna - to świadczenia, które otrzymamy w czasie od miesiąca do 3 miesięcy. Aczkolwiek przy biopsji już widać na przykład, że to było świadczenie, które w 2023 roku właściwie było dostępne, a w ostatnim roku to już są 3 miesiące oczekiwania. To jest nowa tendencja, bo generalnie w onkologii od lat kolejki się skracały. To jest pierwszy rok, kiedy one się wydłużyły. Na usunięcie zmiany czeka się 3 miesiące i to też jest wydłużenie z jednego miesiąca.

Mierzymy kolejki w ginekologii onkologicznej. Tu też kolejki są krótsze niż w całym systemie, bo zaledwie 2 miesiące czeka się na wizytę u ginekologa, a zdarzają się wizyty możliwe z dnia na dzień. Kobiety albo w ogóle nie chodzą do ginekologów w ramach NFZ, stąd tam tych kolejek nie ma, albo chodzą prywatnie i my w ogóle nie wiemy, co się z tymi kobietami dzieje - widzimy je pewnie wtedy, kiedy trafiają do publicznego systemu w stanie wymagającym specjalistycznej opieki.

Tomografia – 3 miesiące. Kolposkopia – niezły wynik, bo miesiąc i to jest krócej niż było. Operacja guza jajnika – 3 miesiące. Operacja usunięcia macicy też 3 miesiące i kolejki się wydłużyły. Chirurgia onkologiczna – tutaj kolejki też wyglądają nieźle, bo trwają zaledwie miesiąc.

To, że w onkologii jest nieźle, jeżeli chodzi o kolejki, to nie znaczy, że pacjenci są bardzo zadowoleni. Zanim pacjent znajdzie coś, co go zaniepokoi onkologicznie i zanim to znajdzie lekarz, to naprawdę długo trwa. Na USG tarczycy czy na biopsję guzków tarczycy czekamy ponad 8 miesięcy. Wizyta u gastroenterologa ponad 9 miesięcy, gastroscopia 5 miesięcy, USG trzustki ponad 5 miesięcy. Tak że zanim trafimy do onkologa, błądzimy po systemie i w leczenie onkologiczne trafimy po prostu za późno.

Co czwarta osoba w Polsce jest po 60. roku życia. Ponad 50% tych osób to kobiety. Kobieta w Polsce czeka na świadczenia zdrowotne ponad pół roku. My już widzimy, że nie będzie lepiej. W systemie ochrony zdrowia mamy stan wyjątkowy, ta stagnacja złego stanu jest przygnębiająca. Należy przestać obwiniać pacjentów i żądać od decydentów, by przygotowali ponadpolityczną strategię działania (ratowania systemu) od dziś na lata, a nie organizowali propagandowe konferencje pochwalne dla wyrzykowych, punktowych rozwiązań, które kompletnie nie są odczuwalne dla pacjenta.



*Bogi Eliassen, Dyrektor Wydziału Zdrowia w Kopenhaskim Instytucie Badań nad Przyszłością (Copenhagen Institute for Futures Studies)*



Kraje nordyckie zdecydowały o przeznaczeniu 10% swojego PKB w równych częściach na działania profilaktyczne i interwencyjne. Ważnym aspektem, który musimy wziąć pod uwagę, kiedy zastanawiamy się nad tym, jak poradzić sobie z rosnącym obciążeniem liczby chorych jest prewencja pierwotna i wtórna. Wciąż myślimy o tym, jak radzić sobie, kiedy już ktoś jest chory. Ale też za mało myślimy o tym, co możemy zrobić, aby populacja mogła być zdrowa tak długo, jak to możliwe. Fundamentalne pytanie, jakie powinniśmy sobie zadać brzmi: „Czy zależy nam na tym, żeby wszyscy byli najzdrowsi, czy też, żeby nasz system opieki zdrowotnej był najlepszy?”. „Nasza główna wartości, która jest zawarta w ramach Nordic Health2030, to działania „Dla wszystkich, którzy chcą zdrowszego życia, społeczności i świata” (To everyone who wants a healthier life, community, and world). Nordic Health 2030 został zainicjowany w 2019 r. poprzez stworzenie scenariuszy zmian w systemie ochrony zdrowia z udziałem ponad trzydziestu wiodących ekspertów z sektora publicznego i prywatnego. Zaczęliśmy od serii warsztatów, aby zastanowić się, jak najlepiej kształtować przyszłość zdrowia w krajach nordyckich w perspektywie roku 2030. W efekcie powstał ruch Nordic Health 2030, którego celem jest stworzenie spójnego programu i zainicjowanie zmian na rzecz zrównoważonej ochrony zdrowia. Nowa umowa społeczna zasadniczo zakłada, że w przyszłości każdy z nas będzie musiał być bardziej odpowiedzialny za własne zdrowie. Zawiera ona sześć koncepcji związanych z tym, w jaki sposób ludzie mogą przejąć większą kontrolę nad własnym zdrowiem. W nowym modelu biznesowym stwierdza się, że systemy muszą przestawić się na świadczenie usług profilaktycznych przy jednoczesnym zapewnieniu pacjentom leczenia i wyposażeniu ich w narzędzia, które umożliwią im wzięcie odpowiedzialności za własne zdrowie. Należy również przeprojektować strukturę systemu, aby wspierać organizacje świadczące usługi profilaktyczne. Z kolei dane łączą jednostkę i system, ponieważ bez danych nie ma czegoś takiego jak spersonalizowane zdrowie. Zgodnie z koncepcją Nordic Health, do 2030 r. kraje nordyckie powinny przeznaczyć 5% PKB na leczenie i 5% PKB na profilaktykę. I tutaj tak naprawdę koncentrujemy się na czasie trwania zdrowia, a nie czasie trwania życia. Tak, ponieważ nie planujemy zabierać pieniędzy szpitalom czy ograniczać poziomu refundacji leków. Chodzi o uwolnienie nowych środków budżetowych, aby mocniej skupić się na profilaktyce, która w efekcie doprowadzi do zmniejszenia kosztów w szpitalach. Ten priorytet, który nazwaliśmy „celem 5/5” ma na celu zainspirowanie do stopniowego wprowadzania zmian, a nie do zamykania szpitali i całkowitej reorganizacji budżetów służby zdrowia. Chodzi o zainicjowanie myślenia w kategoriach środków zapobiegawczych do wdrożenia. Na przykład, patrząc na determinanty zdrowia, wiemy, że opieka medyczna jedynie w niewielkim procencie wpływa na zdrowie człowieka, podczas gdy styl życia aż w jednej trzeciej decyduje o naszej kondycji fizyczno-psychicznej. Kluczem jest zwiększenie inwestycji w tych obszarach, które gwarantują lepsze wyniki zdrowotne, przy jednoczesnym kontynuowaniu inwestycji w nowatorskie badania nad nowymi metodami leczenia. Oprócz tego, zapobieganie obejmuje promocję zdrowia i profilaktykę pierwotną, wtórna i trzeciorzędową, więc szpitale nadal pozostają bardzo ważną częścią całego systemu. Dane, które zbieramy w tej kwestii są bardzo ważne. System European Health Data Space daje ogromne możliwości w tym aspekcie. W ramach trio prezydencji możemy rozwijać współpracę między Polską, a Danią. Musimy nauczyć się patrzenia na dane, jako narzędzie do pomagania poszczególnym osobom. Pamiętajmy też o tym, że dane służą temu, aby chronić populację przed chorobami. I służą temu, by poprawić świadczoną opiekę. Nieraz tworzymy takie zasady, w których chronimy dane, bardziej niż chronimy ludzi. Mamy technologię,

wiedzę i zdolności zrobienia bardzo wielu rzeczy. Przyszłość nie jest przeszłością. Paradygmat musi być zmieniony. Jeżeli będziemy działali w ochronie zdrowia dzisiaj i w przyszłości tak samo, jak dekadę temu, to za następną dekadę zbankrutujemy. Uważam, że powinniśmy promować koncepcję zdrowia, jako najważniejszego filaru dobrobytu i bezpieczeństwa społeczeństwa. Zdrowie w społeczeństwie zapewnia godność i wewnętrzną odporność. Kluczowym pytaniem jest to, do czego zechcemy używać wiedzy i technologii. Możemy poprawić profilaktykę, leczenie oraz zwiększyć poczucie godności i równości. Zwiększyć poziom zrównoważenia tej działalności zarówno w wymiarze społecznym, jak i ekonomicznym. Na koniec przedstawię Państwu koncepcję opieki onkologicznej z Danii. Aktualnie przygotowujemy piąta edycję plan onkologicznego. W ciągu ostatniej dekady, dzięki tym programom, statystyki są bardzo dobre, a były kiedyś bardzo złe. Teraz planujemy rozwijać spersonalizowane postępowanie. Będziemy prowadzili screening w oparciu o ocenę ryzyka i będziemy dążyli do tego, aby wcześniej wykrywać i diagnozować, a także wcześniej zapobiegać chorobom nowotworowym. Edukacja zdrowotna i budowanie potencjału, aby ograniczyć dezinformację związaną ze zdrowiem, ma kluczowe znaczenie i jest najważniejszym elementem profilaktyki onkologicznej. Międzynarodowa wymiana doświadczeń, koordynacja działań oraz wspólne inicjatywy wielokrotnie okazały się być fundamentem w budowie zdrowszej Europy. Nieustający rozwój współpracy międzynarodowej przekłada się na wymierne efekty w skutecznej walce z chorobami nowotworowymi.

### *Prof. Piotr Rutkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego*

Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) to program wieloletni na lata 2020-2030 wprowadzający kompleksowe zmiany w polskiej onkologii. Strategia została przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 4 lutego 2020 r. Najważniejszym celem NSO jest zwiększenie ilości osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej oraz zmniejszenie zapadalności na choroby nowotworowe. Poprawie ma ulec również jakość życia pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego, jak i po jego zakończeniu. NSO wytycza kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, wskazując na pięć obszarów, które są kluczowe dla odwrócenia niekorzystnych trendów epidemiologicznych, poprawy skuteczności terapii onkologicznych i dostosowania rozwiązań systemowych do potrzeb pacjentów z chorobą nowotworową. Te pięć obszarów to inwestycja w kadry, prewencję pierwotną, prewencję wtórną, naukę i innowację oraz system opieki onkologicznej.<sup>15</sup>



Podziwiam determinację Ministerstwa Zdrowia w zakresie ograniczenia spożycia tytoniu. Mam nadzieję, że to się uda, bo to jest pierwszy punkt, z którym Dania sobie znacznie lepiej radzi. W Danii, pali papierosy ok. 10% dorosłej populacji, a w Polsce ok. 30% populacji. I to jest pierwsza różnica i powód, dlaczego wydajemy więcej pieniędzy na choroby cywilizacyjne i dlaczego żyjemy krócej i nie poprawiamy długości życia w ostatnim czasie. Druga rzecz, to promocja zdrowego trybu życia. Bardzo boleję, że przedmiot edukacji zdrowotnej nie będzie przedmiotem obowiązkowym. Mam nadzieję, że to się zmieni w przyszłości, bo to jest fundamentalna wiedza, którą powinniśmy wynosić ze szkoły. Trzecia rzecz, to cyfryzacja ochrony zdrowia i analiza danych. Mamy w Polsce całkiem niezłe rozwiązania, których nie jesteśmy w stanie do końca zaimplementować. Od czterech lat toczyliśmy debatę na temat wykorzystania Internetowego Konta Pacjenta (IKP). Duńczycy mają swoje aplikacje

<sup>15</sup> Narodowa Strategia Onkologiczna <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-nso>

i państwo komunikuje się prozdrowotnie ze swoimi obywatelami w sposób cyfrowy. I właśnie o to chodzi, bo obywatel jest punktem tego, co państwo oferuje i o czym mu przypomina, do czego zachęca, do czego zaprasza. My powinniśmy to samo wykorzystać w Internetowym Koncie Pacjenta po to, żebyśmy byli zapraszani na badania profilaktyczne oraz dostawali aktualne informacje.

Mam nadzieję, że organizacje pacjenckie testują w tej chwili Narodowy Portal Onkologiczny. Portal ma umożliwić pacjentom i pracownikom medycznym uzyskanie dostępu do aktualnych i rzetelnych informacji o sposobie, miejscu i skuteczności diagnostyki oraz leczenia onkologicznego. Ogólnopolski portal o nowotworach będzie zawierał również treści związane z profilaktyką onkologiczną. Serwis ma być skierowany do pacjentów chorych na nowotwory i ich bliskich, jak również do ogółu społeczeństwa. W portalu będziemy mieli zbiór danych i dostęp do tych danych, które są w NFZ, czy na stronie Ministerstwa Zdrowia. Bo na przykład strona „Planuje Długie Życie” jest całkiem dobrą stroną. Ona nie dotyczy tylko onkologii. Ona dotyczy wielu aspektów naszego życia, bo profilaktyka dotyczy kardiologii, chorób płuc, cukrzycy itd. Tylko tam mało kto zagląda i to jest cały problem. W związku z tym to proaktywne podejście państwa do swoich obywateli z wykorzystaniem środków elektronicznych jest superważne. Mam nadzieję, że Krajowa Sieć Onkologiczna (KSO) umożliwi nam zapanowanie nad danymi. Wszystkie te dane, choćby w zakresie kolejek i dostępu lekarzy, są estymacją, a my wiemy jak jest naprawdę. Sieć Unitów Raka Piersi działa bardzo sprawnie, ale w innych nowotworach, szczególnie urologicznych, czy endokrynologicznych jest znacznie gorzej. W związku z tym analiza danych i szybkie ich wykorzystywanie przez państwo musi ulec poprawie w Polsce. Kraje nordyckie analizują dane, a następnie podejmują na tej podstawie racjonalne decyzje. My mamy przygotowaną przez ostatnie 15 lat nieskończoną ilość raportów, które pokazują to samo. Ja już nie mogę patrzeć na te raporty, ponieważ my wiemy, co zrobić, tylko musimy to zaimplementować. W związku z tym te rozwiązania, które wprowadziły państwa Europy Zachodniej dla swoich obywateli naprawdę nie wyważamy otwartych drzwi, bo one są już zapisane, tylko po prostu musimy je w pełni zrealizować. To, że realizujemy niektóre te aspekty to fantastycznie. Mamy dostęp choćby do nowych badań profilaktycznych szczepień HPV, ale bez właściwej edukacji zdrowotnej. Cały czas szczepienia przeciwko HPV, dotyczą tylko jednej czwartej dzieci i to jest próg, z którym się na razie borykamy.

### *Prof. Jan Styczyński, Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej*

Onkologia dziecięca, to jest inna dziedzina medycyny, w porównaniu do onkologii. 25 lat temu w Polsce było 10 milionów dzieci, czyli obywateli do 18 roku życia. W tej chwili jest ich tylko 7 milionów. Zmalała populacja dzieci i młodzieży o 30%, z racji niższej liczby urodzeń i ten trend jest bardzo niedobry. W związku z tym trzeba robić wszystko, żeby tę populację dziecięcą wzmocnić, również w aspekcie opieki onkologicznej. Można powiedzieć, że jeżeli onkologia jest takim pewnym wskaźnikiem poziomu opieki medycznej w kraju, to onkologia dziecięca wykazuje lepszy poziom, do którego powinniśmy dążyć w całym systemie ochrony zdrowia. Oczywiście, to nie jest tak, że onkologia dziecięca jest najlepsza i rozwiązała wszystkie problemy. Jednak model naszej pracy i opieki jest wzorcowy. Chciałbym, żeby władze nie zepsuły tego modelu. Ten model wypracowany przez wiele, wiele lat doprowadził do tego, że mamy system taki, że w każdym województwie działa ośrodek onkologii dziecięcej, także pacjenci z danego województwa mają kompleksową opiekę na miejscu. Ten model, dzięki pracy koordynatorów, powoduje, że współpracując na poziomie międzynarodowym, głównie europejskim, zapewniamy w każdym województwie, w każdym ośrodku takie samo leczenie,



jak w Europie Zachodniej. I dzięki temu mamy takie wyniki leczenia, jak najlepsze kraje europejskie. Spełniamy szereg wymagań i warunków na to, żeby być partnerem dla innych krajów Europy. W 2023 r. w opublikowanym przez Komisję Europejską raporcie pt. „Krajowe profile dotyczące nowotworów 2023”, stwierdzono, że wyniki leczenia białaczek dziecięcych w Polsce są lepsze niż średnia europejska.<sup>16</sup> I jest to niestety jedyna dziedzina polskiej onkologii, gdzie Polska ma lepsze wyniki przeżyć pięcioletnich niż średnia UE. Zwykle, mamy wyniki leczenia w onkologii mniej więcej o 10-15 punktów procentowych gorsze, niż średnia europejska. Sukces onkologii dziecięcej to efekt codziennej, heroicznej pracy kilku pokoleń klinicystów, w osiemnastu ośrodkach klinicznych w Polsce, ok. 200 onkologów i hematologów diagnozuje i leczy wszystkich onkologicznych pacjentów pediatrycznych.

Teraz zadam pytanie, skoro jest tak dobrze, to jednak, dlaczego jest tak źle? Każdego dnia borykamy się z niekończącymi się problemami, jeżeli chodzi o wycenę świadczeń i dostęp do leków. Proces refundacyjny w Polsce trwa zbyt długo i ma wiele opóźnień. W związku z tym nasi pacjenci oraz ich rodzice wiedzą, że w Europie Zachodniej ten lek już jest, a u nas jeszcze nie jest refundowany. Po drugie, wykonujemy pewne rzeczy w onkologii dziecięcej na zasadzie łańcucha dobrej woli, a chcielibyśmy, żeby to było zorganizowane i odpowiednio finansowane. Nasze 18 ośrodków w gruncie rzeczy tworzy pewnego rodzaju nieformalną sieć onkologiczną. Chcemy, żeby to było sformalizowane, tak jak Krajowa Sieć Onkologiczna, ale w tym przypadku dla dzieci. Chcemy, żeby wycena pewnych świadczeń, w szczególności badań molekularnych, badań genetycznych, badań histopatologicznych była wyższa. W onkologii dziecięcej każde badanie histopatologiczne trzeba zweryfikować w innym ośrodku, ponieważ żaden ośrodek przy tych rzadkich chorobach nie ma wystarczającego doświadczenia. Chcemy też, żeby odpowiednio była finansowana cała intensywna rehabilitacja, bo jest bardzo istotnym czynnikiem w terapii pacjenta. Chcemy, żeby oni byli w pełni sprawni i byli przygotowani na to, żeby wykorzystać następne sześćdziesiąt, siedemdziesiąt lat, jakie daje im wyleczenie dzięki terapii onkologicznej w dzieciństwie. Na pewno jest duży problem, który też często jest sygnalizowany, czyli przejście onkologicznego pacjenta pediatrycznego do dorosłego leczenia onkologicznego. Tutaj też napotykamy na duże problemy. Razem z zespołem Pana Profesora Piotra Rutkowskiego wypracowaliśmy pewne propozycje i postulaty zmian. Natomiast to wymaga jeszcze dalszego opracowania wspólnie z Ministerstwem Zdrowia, NFZ i AOTMiT. Natomiast ogólnie rzecz biorąc chodzi o to, żeby wszystkie ośrodki onkologii dziecięcej i onkologii dorosłych, jak również hematologii, miały świadomość tego, że ścieżka pacjenta onkologicznego, to pewien naturalny proces. Czyli my jesteśmy praktycznie, jako pediatrzy przygotowani na przekazanie tego pacjenta, natomiast onkologia dla dorosłych musi być otwarta na przyjęcie tych pacjentów. W Gliwicach powstała taka poradnia, natomiast jest to poradnia dedykowana dla osób wyleczonych z choroby nowotworowej. Podsumowując, potrzebne jest systemowe rozwiązanie, które mamy propozycje, ale zaakceptowane przez MZ i NFZ. Potrzebny jest również rejestr onkologii dziecięcej, ale nie taki jak Krajowy Rejestr Nowotworów (KRN). Rejestr, o którym mówimy w onkologii dziecięcej, to powinna być baza rzeczywistych danych klinicznych o wszystkim, co robimy. Ja bym powiedział, to jest kilka tysięcy razy więcej informacji o jednym pacjencie niż w przypadku KRN. Oznacza to, że dzięki rejestrowi stworzymy pewną bazę danych, która będzie bazą informacji potrzebnych dla każdego pacjenta w przyszłości, a o tej przyszłości też tutaj była mowa. Podsumowując, potrzebujemy legalizacji naszych działań, które wykonujemy, które robimy własną, heroiczną pracą z pomocą organizacji pacjenckich, które bardzo doceniamy.

<sup>16</sup> Krajowe profile dotyczące nowotworów 2023

<https://www.onkonet.pl/pdfs/Krajowe%20profile%20dotycz%C4%85ce%20nowotwor%C3%B3w%20Polska%202023.pdf>

### ***Prof. Mariusz Bidziński, Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej***



Jeden z priorytetów naszej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej to profilaktyka. Mówimy też o doświadczeniach skandynawskich i o tym, że tam przeznaczają się większe, niż w Polsce fundusze na profilaktykę. Profilaktyka to jest pewnego rodzaju element, który rzeczywiście powinien być racją stanu, a zdrowe społeczeństwo to cel naszych działań. Profilaktyka zdrowotna jest działaniem, które każdy lekarz, każdy pacjent i każdy obywatel powinien rozumieć. To jest pewnego rodzaju dobro wspólne. Ja bardzo chętnie chciałbym zapobiegać, a nie leczyć, widząc przede wszystkim problemy i różnego rodzaju elementy związane z onkologią, która szczególnie koncentruje właśnie w niektórych aspektach działań profilaktycznych. Wiadomo jest, że profilaktyka to jest nie tylko wykrywanie stanów przednowotworowych, ale generalnie aktywna profilaktyka. Daje nam ona szansę na dłuższe życie i to jest pewnego rodzaju inwestycja, którą powinniśmy rzeczywiście w swoim życiu bardzo realnie prowadzić. Schematy, które zostały wypracowane w Skandynawii, a które dzisiaj podziwiamy nie powstały z niczego. Przypomnę, że w latach 50-tych ubiegłego stulecia te kraje, które dzisiaj szczytują się znakomitymi rozwiązaniami miały podobne wskaźniki zgłaszalności na badania profilaktyczne, jak było to wtedy w Polsce. Myśmy, niestety stracili pewną dyscyplinę, która wynika z chociażby edukacji, czy z pewnych norm kulturowych. Jest faktem, że ten tak zwany element działań profilaktycznych w naszej rzeczywistości nie jest dobrze, że tak powiem zaakcentowany i jednocześnie nie jest realizowany. Zarówno przez samych zainteresowanych pacjentów, jak również przez środowiska medyczne. Bardzo ubolewam nad tym, że dzisiaj rozmawiamy na temat kontestacji szczepień. Wiemy doskonale, jak wiele chorób, które były rzeczywiście plagami społecznymi zostały wyeliminowane dzięki szczepieniom. Możemy powiedzieć, że szczepionka przeciwko wirusowi HPV spowodowała, że w szeregu społecznościach problemy związane z wirusami HPV się zakończyły.

Dzisiaj powinniśmy się zastanowić nad zasadami organizacji systemu ochrony zdrowia. W Polsce, jak patrzę na system działań profilaktycznych, to widzę, że mamy wielu dysponentów tego procesu. Mamy Ministerstwo Zdrowia, NFZ, instytuty oraz samorządy. Pytanie, kto jest liderem tego procesu, kto tak naprawdę odpowiada za ten proces i czy ten proces dalej można rzeczywiście traktować w sposób nieuporządkowany. Uważam, że w tym zakresie należałoby stworzyć instytucję, która będzie traktowała profilaktykę onkologiczną oraz każdy inny rodzaj profilaktyki, jako priorytet zdrowia publicznego. Podziwiam dzisiaj Skandynawów, że potrafili doprowadzić do takiej skuteczności realizacyjnej. W Polsce mamy również przykłady, które pokazują, że niektóre środowiska medyczne również potrafią uzyskać całkiem niezłe wyniki w zakresie profilaktyki. Podam chociażby przykład Centrum Medyczno-Diagnostycznego w Siedlcach, gdzie osiągnięto wskaźniki powyżej 50% zgłaszalności na badania profilaktyczne. Widać więc, że można poprzez dobrze zorganizowane systemy doprowadzić do większej skuteczności i większej aktywności społecznej w zakresie profilaktyki.

### ***Dr Leszek Kraj, Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego***



Rak jelita grubego, to jeden z częstszych nowotworów w Polsce, bo zapada na niego 20 tys. pacjentów rocznie. Generalnie obserwujemy wzrost, jeśli chodzi o zachorowania na nowotwory przewodu pokarmowego u młodszych pacjentów.

Jak zaczynałem pracę 12-15 lat temu, to nie przypominam sobie dwudziestoparolatków z rakiem jelita grubego. Dzisiaj takich pacjentów mam w praktyce klinicznej, ale oczywiście w całej grupie pacjentów z rakiem jelita grubego, a jest to bardzo wąska grupa. W tym przypadku trudno sobie wyobrazić jakieś działania profilaktyczne na szeroką skalę, żeby tych pacjentów wyłapywać. Niestety większość pacjentów z rakiem jelita grubego, diagnozujemy w momencie, kiedy mamy do czynienia z chorobą zaawansowaną. Tych pacjentów już nie interesuje profilaktyka, a interesuje dostęp do terapii. Jeśli popatrzymy na możliwości leczenia w Polsce, to tak naprawdę nie jest źle. Większość terapii mamy dostępne w ramach różnego rodzaju form finansowania. Problem, to różnice w dostępności do tego leczenia w zależności od kodu pocztowego. Widzimy różny czas dojścia do rozpoznania w zależności od tego, gdzie kto mieszka. I to powinno się rzeczywiście zunifikować. Z naszej perspektywy, bardzo ważna jest kwestia uelastyczniania programów lekowych. Mamy różnego rodzaju obwarowania programów lekowych i Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych (RDTL). Za tym wszystkim idzie ogromna biurokracja. Dzisiaj praca onkologa często sprowadza się do roli administratora.

W nowotworach przewodu pokarmowego generalnie to, czego nam ciągle brakuje, to profilaktyka. W przypadku raka wątrobowokomórkowego powinniśmy diagnozować zakażenie HCV, które prowadzi do marskości i raka wątroby. Powinien, jak najszybciej być wdrożony narodowy program badań przesiewowych w kierunku HCV, bo mamy znakomite leczenie, które eliminuje wirusa.

Również, żeby oferować pacjentom spersonalizowane leczenie, musimy znać profil molekularny nowotworu. Dzisiaj, to nie jest tylko wynik badania histopatologicznego, ale dostęp do badań genetycznych. Musimy znać profil molekularny, a badania muszą być wykonane na czas. Dlatego dostęp do diagnostyki molekularnej powinien być zapewniony w przypadku planowania leczenia każdego pacjenta wymagającego terapii celowanej. Nie może być tak, że w jednym ośrodku badania molekularne potrafią trwać tydzień, a w innym ośrodku aż 10-12 tygodni.

### ***Arkadiusz Grądkowski, Prezes Izby POLMED, Członek Zarządu MedTech Europe***

W reformie systemu ochrony zdrowia liczy się dialog z decydentami, z Ministerstwem Zdrowia, z NFZ oraz politykami. Pragniemy, aby ten dialog był na poziomie roboczym, a nie poziomie projektów i wizji. Niestety, nie ma odwagi u nas w kraju na zmiany systemowe. Pomimo olbrzymich nakładów finansowych na onkologię, chyba niewiele się poprawiło z perspektywy pacjentów. Zachorowalność i umieralność na nowotwory rosną, a pacjent dalej jest zagubiony w systemie. Pacjenci wciąż są niezadowoleni oraz nie są w centrum zainteresowania systemu. Tutaj rozwiązaniem, w naszym przekonaniu, byłoby zwiększenie kompetencji wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, aby ułatwić zawieranie nowych kontraktów, ułatwić komunikację ze świadczeniodawcami oraz poprawić dystrybucję środków. Przekłada się to na wyposażenie szpitali, AOS i POZ, na nowe świadczenia oraz na nowe procedury. Należałoby umocować konsultantów krajowych i towarzystwa naukowe do tego, aby mogli wnioskować o tworzenie nowych świadczeń gwarantowanych i ustalić terminy z Ministerstwem Zdrowia. Izba POLMED zorganizowała niedawno wystawę sprzętu medycznego w Senacie. Rok 2025, to rok edukacji zdrowotnej i profilaktyki. Profilaktyka, to wszystko, co będzie zapobiegało powstawaniu albo rozwijaniu się chorób. Dlatego systemowe rozwiązania będą tutaj miały przełożenie na wszystko, zarówno na świadczenia gwarantowane, jak i na diagnostykę laboratoryjną. Mamy tutaj przykład cytologii płynnej i testów na HPV.



Raport MedTech Europe wskazał niepokojące trendy dotyczące nowych technologii medycznych. Nie wiem, czy Państwo wiecie, ale tylko jeden na trzech dostawców wybiera Europę jako pierwsze miejsce wdrażania swoich innowacji. Jeden na trzy produktów IVD i wyrobów medycznych w ciągu najbliższych lat nie będzie zastąpiony, czyli wypadnie z rynku, bo tak niesprzyjające są regulacje w Europie. A jeden na dwóch lekarzy już sygnalizuje problemy w dostępie do wyrobów medycznych. Szczególnie dotyczy to leczenia dzieci, gdzie populacja pacjentów jest mniejsza, co utrudnia dostępność specjalistycznego sprzętu.

*Dr Iwona Skoneczna, Kierownik Oddziału Chemioterapii,  
Szpital Grochowski im. dr Rafała Masztaka w Warszawie*

W polskiej onkologii finansowanie diagnostyki nie nadąża za finansowaniem terapii. Obecnie mamy całe spektrum nowoczesnych terapii, ale nie wykorzystujemy tego w pełni, dlatego, że dostęp do nowoczesnej diagnostyki molekularnej jest znacznie ograniczony.



U chorych z rakiem prostaty badania molekularne wykonujemy dopiero od kilkunastu lat. Większość raków prostaty nie jest uwarunkowana genetycznie i dziedziczna, ale identyfikujemy grupę mężczyzn, którzy zachorują bardzo wcześnie na agresywną postać raka prostaty związaną z mutacjami genów BRCA. Aby ich wcześniej zdiagnozować, lepiej dopasować radykalne terapie musimy identyfikować rodziny z zachorowaniem nie tylko na raka prostaty, ale też w liniach kobiecych na raka piersi i jajnika. W takich rodzinach powinniśmy robić badania genetyczne krewnych żeńskich i męskich. Mamy leki ukierunkowane genetycznie – np. olaparyb z grupy inhibitorów PARP, który możemy zastosować i dzięki temu nasi pacjenci z rakiem prostaty i zaburzeniami genetycznymi BRCA2/1 żyją dłużej. Od stycznia 2025 roku mamy także możliwość zastosowania tabletki, która łączy dwie substancje - lek hormonalny abirateron i inhibitor PARP niraparib. Aktualnie jest bardzo trudno znaleźć pacjenta, który mógłby skorzystać z tego leczenia, gdyż zbyt rzadko na tym etapie dysponujemy wynikiem badania genetycznego. Pacjent do onkologa często trafia na etapie progresji choroby w trakcie hormonoterapii o założeniu kastracyjnym i w tej chwili widzimy, że jest duży problem z realizacją badań molekularnych, nawet w zakresie oznaczenia mutacji BRCA1 i BRCA2. Te procedury diagnostyczne nie są w prosty sposób przypisane do poradni urologicznej czy onkologicznej. Gdyby tak było, wcześniej moglibyśmy zdefiniować grupę osób, do wykonania diagnostyki genetycznej, czyli na przykład pacjentów, u których niefortunnie rozpoznajemy chorobę w stadium przerzutowym albo w młodym wieku np. poniżej 60 roku życia. Rak prostaty jest rozpoznawany u coraz młodszych osób. Kiedy zaczynałam swoją pracę, to średni wiek zachorowania wynosił 72 lata. Obecnie to jest około 62 lat, ale mamy panów 50-letnich, którzy mają już często niestety chorobę zaawansowaną i związaną z mutacjami w genach naprawy DNA. Podsumowując, w raku prostaty nie nadążamy za wykonywaniem badań molekularnych. Kiedy robimy oznaczenia genetyczne z archiwalnego materiału z biopsji, czy z prostatektomii, z czasem ulega on degradacji i jego przydatność do oznaczeń okazuje się dużo mniejsza. Bywa, że u sporej części chorych nie jesteśmy w stanie tych oznaczeń z tkanki nowotworu wykonać i chcielibyśmy wówczas skorzystać z tzw. biopsji płynnej, czyli oznaczeń zaburzeń germinalnych w oparciu o próbkę krwi pacjenta, co nie jest rutynowo dostępne. Dodatkowo, pacjenci czekają po kilka miesięcy na te oznaczenia i w przypadku szybko postępującego nowotworu nie zawsze mamy tyle czasu. Terapie ukierunkowane genetycznie badane są na coraz wcześniejszych etapach choroby i mamy już wiedzę, że dobrze jest zastosować lek ukierunkowany molekularnie jak najwcześniej. Do onkologii urologicznej z opóźnieniem w porównaniu do innych nowotworów wkraczają terapie celowane na różne zaburzenia molekularne, identyfikujemy także molekularne

markery predykcyjne pozwalające przewidzieć korzyści ze stosowanych leków też w takich nowotworach jak raki urotelialne pęcherza moczowego i dróg moczowych.

### ***Prof. Artur Kowalik, Kierownik Zakładu Diagnostyki Molekularnej w Świętokrzyskim Centrum Onkologii***

Diagnostyka genetyczna jest konieczna do prawidłowego diagnozowania i leczenia pacjentów onkologicznych. W niektórych typach nowotworów, np. mięsakiach, nowotworach o nieznanym punkcie wyjścia badania genetyczne, są potrzebne już na etapie rozpoznania, by wspomóc patomorfologów. Testy predykcyjne należy wykonać jak najwcześniej po postawieniu rozpoznania, żeby onkolog kliniczny czy hematolog mogli zaplanować najodpowiedniejszą terapię. Czasami jest to zwykły prosty test, ukierunkowany na jedną mutację czy też test jednogenowy, chory w ciągu tygodnia powinien otrzymać wynik. W przypadku testów złożonych, wynik powinien być dostępny w ciągu dwóch-trzech tygodni. Co do zasady, chory nie powinien otrzymać celowanej terapii bez zbadania, jaką ma mutację genetyczną. Programy lekowe wskazują wyraźnie, że pacjent musi mieć wykrytą lub stwierdzony brak danej mutacji, żeby otrzymał leczenie celowane. Bez badania molekularnego nie może skorzystać z nowoczesnej terapii. Chcę podkreślić, że niedopasowany, nieskuteczny w konkretnym przypadku lek może zaszkodzić choremu. Choroba będzie się tliła i rozpędzała. Czasami może nawet dojść do przyspieszenia jej rozwoju pod wpływem niedopasowanego leku.



Aktualnie finansowanie badań przez NFZ nie przystaje do obecnych potrzeb onkologów. Żeby ośrodek otrzymał refinansowanie za badania genetyczne z wykorzystaniem tzw. trzech koszyków (badanie proste, złożone oraz zaawansowane), potrzebna jest hospitalizacja pacjenta. W przypadku nowotworów hematologicznych i litych, jeżeli materiał do badania jest pobrany „na świeżo” (ambulatoryjnie), nie można rozliczyć badania, gdy skierowanie zostało wystawione przez poradnię. Jak mówiliśmy wielokrotnie na różnych gremiach, wystarczyłoby rozporządzenie prezesa NFZ, żeby uregulować kwestię finansowania badań na materiale pobranym podczas wizyty w poradni specjalistycznej z wykorzystaniem produktów tzw. trzech koszyków (badanie proste, złożone oraz zaawansowane). Oczywiście w ściśle określonych wskazaniach i ściśle określoną metodą. Bo tak naprawdę jeżeli trzeba sprawdzić jeden gen markerowy, kilka, kilkanaście czy kilkadziesiąt genów, wystarczą małe panele genowe NGS (ang. Next Generation Sequencing). Uważam, że powinniśmy skupić się na tym, by każdy chory otrzymywał te badania, które są obecnie potrzebne, aby zapewnić mu jak najskuteczniejsze leczenie. Potrzebujemy nowego produktu tzw. „czwarty koszyk” – kompleksowe badanie genetyczne, który pozwoliłby na zbadanie od 300 do 500 genów. Łącznie z trzema istniejącymi produktami (badanie proste, złożone oraz zaawansowane) zabezpieczyłoby to potrzeby, które mamy obecnie. Jest kilka wskazań w onkologii klinicznej do tak szerokich badań (kompleksowe badanie genetyczne), np. ocena HRD (deficytu rekombinacji homologicznej) w przypadku leczenia inhibitorami PARP kobiet z rakiem jajnika u których w materiale tkanki guza nie wykryto mutacji patogennych w genach *BRCA1/2*, czy diagnostyka w kierunku postawienia rozpoznania w nowotworach o nieznanym punkcie wyjścia (<200 przypadków rocznie), ostra białaczka mieloidalna, ostra białaczka limfoidalna. W diagnostyce części mięsaków trzeba się wspomóc technikami biologii molekularnej, żeby postawić prawidłowe rozpoznanie i móc właściwie leczyć chorych. W raku płuca należy badać coraz więcej markerów, materiał tkankowy często jest niewystarczający, przydałaby się płynna biopsja. Badania genetyczne będą się wydawały drogie w porównaniu z klasycznymi badaniami laboratoryjnymi, takimi jak choćby morfologia krwi. Z drugiej strony płatnik wydaje monstrualne kwoty



na leczenie nowymi lekami, a badanie molekularne biomarkerów wykonuje się pacjentowi zwykle raz w życiu. Jeżeli ono jest wycenione nawet na kilka tysięcy złotych – jaki to jest koszt przy kosztach leku od 10 do 50 tys. miesięcznie. Dodatkowo leczenie z wykorzystaniem ww. leków nierzadko trwa kilka lat co sumarycznie prowadzi do kosztów sięgających i 500 tys. PLN za samą terapię celowaną dla jednego chorego. W Europie Zachodniej najpierw wydaje się duże pieniądze na diagnostykę po to, żeby uzyskać jak najdokładniejszą diagnozę i zaplanować ścieżkę terapeutyczną, dzięki której pacjent będzie optymalnie leczony, a tym samym samodzielny, sprawny i może normalnie żyć i pracować. Taki sposób diagnostyki i leczenia polepsza organizację oraz zmniejsza koszty podatków wydawane na leczenie chorych na nowotwory. W zakresie badań molekularnych w onkologii i ich rozliczania oczekujemy na możliwości refundacji badań wykonanych na materiale pobranym ambulatoryjnie. Mamy opisane wytyczne, jakie badanie molekularne, w jakim rozpoznaniu, dla jakiego pacjenta powinno być wykonane i jaką metodą. To jest gwarancją dla płatnika, że badania będą wykonywane racjonalnie.

***Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia  
Psychicznego w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii  
Skłodowskiej-Curie, Instytucie Badawczym w Warszawie***



Opieka psychologiczna jest kluczowa dla bezpieczeństwa onkologicznego, ponieważ stan psychiczny osób chorych ma swoje odzwierciedlenie w całym procesie choroby i leczenia.. Psychologiczna reakcja na tę diagnozę choroby onkologicznej może wywołać szereg poważnych konsekwencji zdrowotnych, w tym rozwój zaburzeń psychicznych. Wiele doniesień naukowych wskazuje na częstsze występowanie objawów depresyjnych w grupie osób zmagających się z chorobami somatycznymi w porównaniu z generalną populacją. Do najczęściej występujących zaburzeń psychicznych należą zaburzenia adaptacyjne, depresja i zaburzenia lękowe. W ciągu ostatniej dekady przedstawiono wiele dowodów naukowych dotyczących wpływu zaburzeń psychicznych na postęp raka i związaną z nim śmiertelność. Badania wykazały również, że zaburzenia psychiczne niekorzystnie wpływają jakością życia, czas trwania hospitalizacji, przestrzeganie zaleceń dotyczących leczenia i związane z tym wydatki na leczenie. Z tego też względu podkreśla się, że opieka psychospołeczna w przypadku choroby onkologicznej powinna być uznana za uniwersalne prawo człowieka. Z tego też względu w wielu ośrodkach onkologicznych na świecie opieką psychologiczną i psychiatryczną są objęci pacjenci w trakcie hospitalizacji, jak również w warunkach ambulatoryjnych. W Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie każdy pacjent hospitalizowany w danej Klinice Narodowej ma możliwość skorzystania z rozmowy z psychologiem, rehabilitantem, pracownikiem socjalnym, jak również dietetykiem. Wielu z tych pacjentów po opuszczeniu szpitala szuka pomocy w warunkach ambulatoryjnych w Poradni Psychoonkologii i z nasze wewnętrzne badania potwierdzają, że możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej bardzo pozytywnie wpływa na radzenie sobie ze stresem choroby. W Polsce jest jeszcze kilka ośrodków onkologicznych, gdzie pomoc psychologiczna nie kończy się wraz z wyjściem pacjenta ze szpitala. Nie jest to jednak wystarczające. Warto podkreślić, że przewagą poradni świadczących pomoc dla osób chorych onkologicznie jest doświadczona kadra psychologiczna i psychiatryczna w pracy ze specyficznymi problemami psychofizycznymi osób chorych na raka, co stanowi dużą wartość dla każdej ze stron.

## Iga Rawicka, Prezes Fundacji Europa Colon Polska

W nowotworach przewodu pokarmowego bardzo ważna jest profilaktyka, programy przesiewowe i oczywiście leczenie, kiedy mamy sprofilowany już charakter nowotworu. Jeśli chodzi o badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego, to proszę pamiętać o tym, że program badań przesiewowych w kierunku raka piersi i raka szyjki macicy to są programy, które mają na celu wczesne wykrycie nowotworu i wyleczenie pacjentki. Natomiast program badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego to jest program, który ma na celu przede wszystkim sprawdzenie, czy dana osoba jest zagrożona rakiem jelita grubego. W ramach programu badań przesiewowych sprawdzamy, czy osoba ma polipy, czy tych polipów nie ma. Jeśli ma, wycinamy je, oddajemy do analizy i wiemy, czy to był polip, który był kancerogeny, czy też nie. Więc my możemy zapobiegać tym badaniem rozwojowi raka jelita grubego. Niestety, w 2024 roku, w porównaniu do 2023 r. odnotowaliśmy spadek ilości badań w programie badań przesiewowych o połowę. To jest naprawdę bardzo dużo. Jednocześnie mamy poza programem badań przesiewowych niemalże milion kolonoskopii wykonanych poza programem na skierowanie. Przypominam, że program finansowany przez NFZ jest dostępny, bezbolesny (można mieć znieczulenie) i bezpłatny. Natomiast Polacy nie zgłaszają się na to badanie. Brakuje edukacji oraz informacji na ten temat.



Druga rzecz, to oczywiście badania molekularne. Pamiętajmy o tym, że oczywiście my tutaj mówimy o chorobach przewodu pokarmowego, o nowotworach, ale mówimy też o tym, że dzisiaj nie leczymy tylko raka jelita grubego, raka żołądka, raka dróg żółciowych. Każdy z tych nowotworów, jak także i inne nowotwory, to są nowotwory o konkretnych podtypach. Czyli my musimy mieć tę diagnostykę wykonaną, żebyśmy wiedzieli tak naprawdę, jaki nowotwór mamy leczyć, bo te leki nie leczą, a tamte leczą. Więc to jest ta kluczowa rzecz. No i oczywiście dostęp do innowacyjnych terapii. Ja tutaj mam jeden problem z RDTL, ponieważ zdarza się, że w Polsce różni konsultanci krajowi w różny sposób podchodzą do tego samego leczenia. W każdym przypadku jest indywidualna prośba do Ministerstwa, żeby wyrazić zgodę na RDTL, ale jedni konsultanci wojewódzcy się na to zgadzają, inni nie. Więc jest pewna nierówność w dostępie. Na koniec chciałam tylko zaznaczyć, że my musimy prowadzić edukację na każdym poziomie i w każdej przestrzeni.

Pacjent z rakiem jelita grubego może żyć z chorobą nawet 20 - 30 lat, dzięki nowym metodom leczenia wydłużającym życie. Pacjenci często pracują i funkcjonują zupełnie normalnie. Są oczywiście pacjenci, którzy idą na rentę i nie mogą pracować, więc takimi musimy się zaopiekować. Oni dalej mogą na przykład pełnić pewne role rodzinne, czy społeczne. Mamy takich ambasadorów w naszej fundacji, którzy będąc na rencie dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem życia z chorobą z innymi pacjentami, którzy dopiero zaczynają swoje leczenie. Mamy również pacjentów z rakiem wątroby, dróg żółciowych, czy raku trzustki, którzy mają niestety krótszy okres życia z chorobą. W tych przypadkach diagnostyka jest kluczowa, bo w raku trzustki obraz choroby zmienia się mniej więcej co trzy tygodnie. Więc, jeśli nie poprawimy dostępu do diagnostyki, to nie mamy możliwości, aby ten pacjent miał szansę na wydłużenie życia, bo tutaj nie mówimy o wyleczeniu. Niestety są też tacy pacjenci, którym od początku nie jesteśmy w stanie nic zaproponować. To jest dramatyczna i smutna sytuacja, kiedy kierując pacjenta do leczenia objawowego, wiemy, że temu pacjentowi zostają tygodnie życia. Dodatkowym problemem jest fakt, że ten pacjent nie jest w stanie w niektórych rejonach Polski zorganizować sobie hospicjum domowego. A nie mówimy tutaj o kosztach w dziesiątkach, czy setkach tysięcy złotych, tylko mówimy o niewielkich kosztach, jeśli chodzi o system. Z perspektywy systemu, ci pacjenci oczekują tylko leczenia objawowego, głównie przeciwbólowego i opieki dietetycznej.

Wspomnę o tym, że na przykład w tej chwili pacjenci czekają w kolejkach do żywienia dojelitowego i niestety często umierają, bo nie otrzymują tego żywienia. Generalnie w Polsce mamy problem z dobrą jakością i dostępnością do opieki paliatywnej. W Warszawie, czy w dużych miastach jest lepiej, ale już poza miastami, są takie miejsca w Polsce, wcale nie jest ich mało, gdzie po prostu nie ma dostępu do hospicjum domowego.

Nowe terapie w raku jelita grubego przedłużają życie, a jakość życia też jest wysoka. Pacjenci i onkolodzy czekają w tej chwili na refundację frukwintynibu. Lek ten został zarejestrowany przez Komisję Europejską w czerwcu 2024 r., w monoterapii dorosłych pacjentów z przerzutowym rakiem jelita grubego, którzy byli wcześniej leczeni dostępnymi standardowymi terapiami. Mamy nadzieję, że ten będzie za chwilę refundowany.

### *Dorota Korycińska, Prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej*



Ogólnopolska Federacja Onkologiczna jest organizacją strażniczą i rzecznicką, czyli prowadzi monitoring podejmowanych przez resort zdrowia działań. Działamy również na rzecz poprawy dostępności do diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych najważniejszych z perspektywy osób chorych na raka.

Niestychanie ważna jest dla nas edukacja zdrowotna i profilaktyka.

W zakresie diagnostyki genetycznej w onkologii od ponad roku apelujemy o możliwość wykonywania badań molekularnych nowotworów (konkretnie pobranie krwi) w trybie ambulatoryjnym. Mamy obietnicę Pani Minister Urszuli Demkow, która powiedziała, że to działanie będzie wprowadzone na pewno do marca 2025 r. Trzymamy Panią Minister za słowo i będziemy monitorować realizację. Nie jestem w stanie zrozumieć opóźnienia niektórych działań, które są tak naprawdę szkodliwe dla pacjentów i kosztowne dla systemu. Jaki jest problem w tym, żeby te badania w trybie ambulatoryjnym wykonywać już od dawna? Przecież to jest generowanie niepotrzebnych kosztów. Wydawałoby się, że to proste i opłacalne nie tylko dla pacjenta, ale również dla systemu będzie wprowadzone jak najszybciej, w ramach odwracania piramidy świadczeń.

Niestety, doświadczamy tego, że zdrowie jest uzależnione od polityki. Ponieśliśmy fiasko, jako organizacje pacjentów i jako szereg interesariuszy systemu ochrony zdrowia w staraniach o obowiązkową edukację zdrowotną wprowadzoną do szkół. Nie pamiętam dyskusji sejmowych - Komisję Zdrowia, Podkomisji do Spraw Zdrowia Publicznego, do Spraw Onkologii, abyśmy nie poruszali tego tematu. Za każdym razem, jak była mowa o tym, że jest niski poziom zgłaszalności na badania przesiewowe, że mamy niskie kompetencje zdrowotne w społeczeństwie, była mowa o tym, że ma być wprowadzona obowiązkowa edukacja zdrowotna w szkołach. I co? I nie ma.

Mamy w tej chwili prezydencję Polski w Radzie Unii Europejskiej, której jednym z priorytetów zdrowotnych jest zdrowie i profilaktyka. Senat Rzeczypospolitej Polskiej uchwałą z dnia 10 października 2024 r. ustanowił rok 2025 rokiem Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki. Czekamy zatem na konkretne działania w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Jestem przekonana, że jeżeli nie zostaną podjęte jakieś naprawdę konstruktywne działania, to będziemy kolejne lata długo rozmawiać o tym, że jest źle, że jest potrzebna edukacja, że jest niska zgłaszalność na badania przesiewowe itd. Jednocześnie chcę zaznaczyć, że na temat badań przesiewowymi jest bardzo dużo mitów. Odpowiedź, dlaczego ludzie się

nie zgłaszają na badania profilaktyczna to tzw. wina pacjenta. Prześledziłam dostępny publicznie interaktywny raportu profilaktyki raka piersi na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącego mammografii. Dane dotyczące cytologii nie są pełne, ponieważ nie są agregowane dane z gabinetów prywatnych.

Na podstawie tej analizy śmiem twierdzić, że jesteśmy w stanie osiągnąć zgłaszalność na badania profilaktyczne w wysokości co najmniej 60%. Dlaczego? Ponieważ są takie miejscowości, gdzie jest 63% zgłaszalność na mammografię. Czyli można. Są miejscowości, gdzie zgłaszalność wynosi między 50% a 60%. Problem polega na tym, że mamy dane i z tych danych nikt nie wyciąga wniosków. A podstawowy wniosek, który wyciągają decydenci brzmi, że pacjenci się nie zgłaszają, bo im się nie chce („wina pacjenta”, albo są wymyślane tego typu rzeczy, jak na przykład odległość i wykluczenie transportowe. Tak nie jest. Średnia zgłaszalność na badania mammograficzne w Warszawie to 28%, a w Rembertowie - 34%. Dlaczego nikt się nie pochyli nad tym i nie zastanowi, dlaczego tak jest? Bo stwierdzenie, że jest wykluczenie transportowe w przypadku Warszawy w ogóle nie ma racji bytu, ponieważ miasto jest świetnie skomunikowane.

W związku z tym, apelujemy, aby decydenci analizowali dane, szukali realnych przyczyn zamiast winy po stronie pacjentów i działali. Bardzo bym chciała, żebyśmy z poziomu szukania winy przeszli na poziom szukania przyczyn. Jeżeli dojdziemy do analizowania przyczyn, będziemy wtedy mogli znaleźć rozwiązania i działania, które będą skuteczne. Wina nie leczy. Słowa i obietnice też nie leczą – to nasze hasło federacyjne.

### *Aleksandra Wilk, Dyrektor Sekcji Raka Płuca Fundacji „To się Leczy”*

Rak płuca, którym się zajmuję od lat, stanowi jeden z najpoważniejszych problemów onkologicznych współczesnej medycyny. Jednak wyzwania, z jakimi się mierzymy, są wspólne dla wielu nowotworów — i sprowadzają się do czterech kluczowych filarów: profilaktyki, edukacji, diagnostyki oraz dostępu do leczenia.



#### **Edukacja i profilaktyka – nierozłączne fundamenty**

Zacznę od edukacji i profilaktyki, które – moim zdaniem – muszą iść w parze. Nie da się skutecznie prowadzić działań profilaktycznych bez świadomego społeczeństwa. Musimy wyraźnie komunikować, że istnieje **profilaktyka pierwotna**, polegająca na zapobieganiu czynnikom ryzyka, oraz **profilaktyka wtórna**, skupiająca się na wczesnym wykrywaniu choroby. W przypadku raka płuca niezmiennie kluczową rolę odgrywa walka z nikotynizmem. Poradnie antytytoniowe powinny stanowić filar działań prewencyjnych, tymczasem mamy do czynienia z fikcją – w całej Polsce na dwie poradnie de facto działa zaledwie jedna stacjonarnie. To zdecydowanie za mało, by zapewnić realne wsparcie dla tysięcy osób uzależnionych od tytoniu, w tym także pacjentów onkologicznych, którzy mimo diagnozy nie mają dostępu do skutecznej pomocy w rzuceniu nałogu. Cieszy mnie obecność kampanii edukacyjnych, takich jak „Planuję Długie Życie”. To krok w dobrą stronę, jednak ich potencjał nie jest w pełni wykorzystywany. Niestety, kampania ta wciąż nie odpowiada na podstawowe pytanie: gdzie pacjent może się zgłosić na badanie? Brakuje czytelnych informacji o lokalizacjach i dostępności ośrodków wykonujących badania profilaktyczne, w tym wczesnego wykrywania raka płuca, realizowanego przy użyciu niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK) - to bardzo poważna luka informacyjna.

Przyjęłam z zadowoleniem i wdzięcznością decyzję Ministerstwa Zdrowia o przedłużeniu pilotażu tego programu do połowy 2025 roku i deklaracji, że zostanie on wpisany do koszyka świadczeń gwarantowanych. To milowy krok – rak płuca zasługuje na takie samo podejście jak mammografia, cytologia czy kolonoskopia. Jednakże wielu pacjentów wciąż nie ma dostępu do ośrodków diagnostycznych, szczególnie dotkliwe są tzw. białe plamy – regiony, które są wykluczone komunikacyjnie lub nieobjęte programem. Przykładowo, na Lubelszczyźnie, gdzie realizowaliśmy pilotaż europejskiego programu SOLACE objętego patronatem honorowym Ministerstwa Zdrowia, wielu pacjentów zgłaszało trudności z dotarciem na badania. Dlatego uważam, że niezbędnym krokiem wspierającym ośrodki programu profilaktycznego wykrywania raka płuca powinna być organizacja mobilnych punktów diagnostycznych z użyciem NDTK - „mobilnych tomografów” - które dotrą bezpośrednio do społeczności lokalnych, szczególnie tych z grup ryzyka.

### **Diagnostyka – czas na realną zmianę modelu**

W zakresie diagnostyki musimy dokonać fundamentalnej zmiany myślenia - odwrócić piramidę świadczeń. Zamiast hospitalizacji i długotrwałego oczekiwania w szpitalach, diagnostykę raka płuca należy realizować na poziomie ambulatoryjnym. W poradni można szybko pobrać materiał, przeprowadzić diagnostykę i skierować pacjenta na odpowiednie leczenie - bez zbędnej zwłoki. W przypadku raka płuca kluczowe znaczenie ma biopsja płynna ( szczególnie w przypadku braku materiału tkankowego bądź materiału nie diagnostycznego) oraz szeroki panel badań molekularnych. Postęp w onkologii płuc jest dynamiczny – w raku płuca wciąż pojawiają się nowe mutacje oraz kolejne terapie celowane, których skuteczność zależy od precyzyjnego rozpoznania profilu molekularnego nowotworu. Mimo pozytywnej opinii AOTMiT, czekamy już kolejny rok na wprowadzenie kompleksowego profilowania genomowego CGP NGS do odrębnego koszyka świadczeń gwarantowanych. To opóźnienie spowalnia dostęp pacjentów do innowacyjnych, celowanych terapii.

### **Opieka kompleksowa i dostęp do terapii**

Wciąż brakuje w Polsce wyspecjalizowanych ośrodków kompleksowej opieki nad pacjentem z rakiem płuca, tzw. Lung Cancer Units wyposażonych w interdyscyplinarne zespoły: pulmonologów, onkologów, torakochirurgów, radiologów i diagnostów molekularnych. Ich zadaniem byłoby nie tylko skrócenie ścieżki diagnostycznej, ale również zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i ciągłości opieki. Kluczowe jest, by takie ośrodki były odpowiednio wyposażone w zasoby kadrowe, sprzętowe oraz administracyjne. Nieodzownym elementem tego modelu jest koordynator onkologiczny, który stanowi realne wsparcie i pomost między pacjentem, a zespołem medycznym. Taka osoba skraca czas oczekiwania na decyzje, ułatwia komunikację i poprawia komfort pacjenta w całym procesie leczenia. I wreszcie - dostęp do nowoczesnego leczenia. Nadal zbyt wiele leków, mimo rejestracji i potwierdzonej skuteczności, nie jest refundowanych. Apelujemy o systematyczne i szybkie podejmowanie decyzji refundacyjnych leków zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i wytycznymi klinicznymi, które przekładają się na konkretne szanse na życie dla chorych.

Podsumowując - tylko spójna, dobrze skoordynowana strategia, która obejmie edukację, dostępność profilaktyki, przyspieszoną diagnostykę oraz pełną ścieżkę terapeutyczną z dostępem do innowacyjnych leków, może realnie zmienić sytuację pacjentów z rakiem płuca w Polsce.

## *Aleksandra Rudnicka, Rzeczniczka Stowarzyszenia Sanitas, Rzeczniczka Osób Objętych Opieką Paliatywną*



Kluczowa w onkologii jest podmiotowość pacjenta. To jest bardzo ważne, aby zdefiniować, co jest podstawą do określania podmiotowości pacjenta. Jest to przede wszystkim jego prawo do podejmowania decyzji wraz z lekarzami, wraz z zespołem, który się nim opiekuje, o tym, jak on będzie leczony. W tym roku Liga Warki z Rakiem uruchomiła projekt, który się nazywa „Europejski Kodeks Opieki Onkologicznej”. Punkt piąty tego kodeksu mówi o prawie pacjenta do podejmowania decyzji. W ramach projektu wykonano dwa badania, jedno wśród lekarzy, a drugie wśród pacjentów. Okazało się, że jeśli chodzi o lekarzy, to oni ocenili, że prawo pacjenta do podejmowania decyzji jest najłatwiejsze do wdrożenia. W punktacji od 0 do 5 określili, że to jest na poziomie 3,9. Natomiast zupełnie inaczej spojrzeli na to pacjenci. Aż 38% pacjentów stwierdziło, że nie czują się w ogóle zaangażowani w proces podejmowania decyzji. 44% pacjentów stwierdziło, że w ogóle nikt ich nie zachęca do podejmowania decyzji o swoim zdrowiu i o tym, jak będą leczeni. Tak rozumiemy podmiotowość w odniesieniu do indywidualnego pacjenta. Natomiast nasze Stowarzyszenie Onkologiczne Sanitas, od dwóch lat prowadzi projekt pod nazwą „Pacjent podmiotem systemu opieki zdrowotnej”. W tym projekcie chodzi o indywidualne podejście do pacjenta, ale też szersze podejście społeczne. Chodzi nam o to, żeby pacjenci poprzez swoich reprezentantów mogli być współdecydentami tego, co się dzieje w zdrowiu, kiedy są podejmowane systemowe decyzje. Żeby mogli być na równych partnerskich zasadach członkami zespołów, które pracują w Ministerstwie Zdrowia, w Komisji Ekonomicznej, czy w Komisji Przejrzystości AOTMiT. Tego w tej chwili nie ma. I to jest bardzo ważne, żeby o to zadbać i zacząć to zmieniać.

W Polsce 87% osób objętych opieką paliatywną, to są pacjenci onkologiczni. Opieka paliatywna w Polsce jest na dobrym poziomie. W rankingach światowych bardzo dobrze wypadamy, jeśli chodzi o dostęp do hospicjów domowych. Niestety dostęp do nich jest nierównomierny. W jednym powiecie są, w innym ich nie ma. Rola opieki paliatywnej będzie rosła, ponieważ będzie coraz więcej pacjentów nią objętych, ponieważ choroby, zwłaszcza onkologiczne stają się chorobami przewlekłymi. Chodzi o to, aby pacjenci, którzy mają rozsiany nowotwór, byli zaopiekowani paliatywnie od momentu postawienia diagnozy m.in. dlatego, że mają bóle, które trzeba uśmierzyć. Wielu z Państwa nie wie, że na oddziałach opieki paliatywnej, żeby włączyć pacjenta do leczenia dojelitowego trzeba zwieść do specjalistycznej poradni żywieniowej, żeby go zakwalifikować do tej procedury. To są tak błędne zapisy w rozporządzenia, które wyłączają pacjentów z leczenia na oddziałach opieki paliatywnej. To samo jest z pacjentami hematologicznymi, którzy są w ogóle wyłączeni z opieki paliatywnej, ponieważ jest problem z finansowaniem transfuzji krwi.

Przez półtora roku pracował zespół w Ministerstwie Zdrowia. Powstał projekt strategii dotyczącej opieki paliatywnej w Polsce. Dzięki tej pracy zniesiono limity w opiece paliatywnej. Ale same pieniądze nie leczą, bo znowu brakuje jak zwykle, czego? Brakuje kadr, kadry pielęgniarskiej i lekarskiej i to jest ogromny problem. Opieka paliatywna, to trudna specjalizacja medyczna, do podjęcia której nie jest łatwo zachęcić studentów. Inny potrzeba to edukacja na temat opieki paliatywnej. Wkrótce razem z Towarzystwem Opieki Paliatywnej zorganizujemy warsztaty dla pacjentów. Są liderzy, którzy wręcz się boją mówić, używać określenia „opieka paliatywna”. Są lekarze, którzy się boją używać tego terminu. Mają trudności z przekazaniem pacjentowi takiej informacji.

Niedługo ukaze się raport inicjatywy onkologicznej AllCan, w którym będą zebrane informacje na temat sytuacji profilaktyki onkologicznej w Polsce na tle Europy. W zakresie profilaktyki w onkologii, dane są dramatyczne. Mówi o tym raport Stowarzyszenia SARCOMA. Dwie trzecie osób w Polsce, czyli dwóch na trzech Polaków, nie wykonują w ogóle badań profilaktycznych. 46% osób nie potrafi wymienić żadnego badania. 39% nie wie, że te badania są bezpłatne, a 36% nie wie, gdzie w ogóle te badania w najbliższej okolicy wykonać. Mało tego, w rankingu europejskim, w którym uczestniczyło 15 krajów, okazało się, że Polska w tej kategorii jest na ostatnim miejscu, razem z Serbią. Dlatego postulujemy o stworzenie centralnego ośrodka odpowiedzialnego za prowadzenie działań profilaktycznych w Polsce.

### ***Małgorzata Dudkiewicz, Prezes Fundacji Herosi***

Reprezentuję Fundację Herosi, która zajmuje się chorobami nowotworowymi wśród dzieci. W obrębie chorób nowotworowych wśród dzieci jest wiele różnych diagnostycznie grup i podgrup. W przypadku chorób nowotworowych dziecięcych nie jest najważniejsze, żeby ośrodek kliniczny był blisko i żeby był w tym samym województwie. Najważniejsze jest, żeby trafić do ośrodka



wysoce specjalistycznego, który zajmuje się daną chorobą. Są oczywiście ośrodki specjalizujące się w terapii białaczek, guzów kości, czy histiocytozy. Postęp, jaki się dokonał w terapii nowotworów u dzieci jest niesamowity. Dane pokazują, że pacjent leczony w ośrodku, który ma duże doświadczenie i jest naprawdę naukowo wyspecjalizowany, ma przeżywalność pięcioletnią znacznie większą niż inna klinika, która nie leczyła danego nowotworu, albo leczyła jeden, czy dwa przypadki. W Polsce powinniśmy być dumni z naszych lekarzy i innych specjalistów. Uważam, że w Polsce leczymy dzieci chore na nowotwory na poziomie światowym. Brakuje nam, powiedzmy, ładnych sal, czy komputerów dla wszystkich dzieci. Natomiast medycznie nasi lekarze są świetni.

Bardzo ważny jest dostęp do terapii. Pacjenci muszą widzieć w jakich ośrodkach są prowadzone badania kliniczne. Bardzo ważna jest wiedza i promocja badań klinicznych, które bardzo często udostępniają najnowsze protokoły lecznicze, najnowsze leki, a pacjent naprawdę jest świetnie zaopiekowany. Również przy pomocy fundacji potrafimy wspierać, żeby dostęp do leków był bezpłatny dla naszych pacjentów. Bardzo ważna w terapii jest rehabilitacja lecznicza pacjentów, która przywraca ich do zdrowia. Fizjoterapeuci muszą być szkoleni, jeśli chodzi o zakres rehabilitacji dzieci onkologicznych.

Właściwa referencyjność szpitali i kierowanie tam pacjentów onkologicznych z ich konkretną diagnozą oraz dostęp do rehabilitacji po zakończonym leczeniu znacząco wpłyną na wyleczalność i na poprawę jakości życia młodych ludzi po zakończonym leczeniu.

### ***Anna Kupiecka, Prezes Fundacji OnkoCafe***

Od lat, w różnych wspaniałych gronach i przy różnych projektach, rozmawiamy wciąż o tym samym. Często towarzyszy mi poczucie dezorientacji – po co to wszystko? Jaki jest cel naszego zaangażowania: czasowego, słownego, emocjonalnego i innych jego form? W wielu przypadkach, mimo wieloletnich starań, mam wrażenie porażki. A z poczuciem porażki żyje się trudno – zarówno jednostkom, jak i całym zespołom. Dlatego mam głęboką



nadzieję, że nasze zaangażowanie, praca wielu ludzi i zespołów, które powstały w ostatnich latach – zarówno tych formalnych, jak i nieformalnych – przyniosą konkretne i wymierne efekty.

Obserwując opiekę onkologiczną w Polsce z perspektywy pacjenta i organizacji pacjenckich, widzę wiele pozytywnych zmian, które zaszły w ostatniej dekadzie. W polskiej onkologii zmieniło się bardzo dużo i to na lepsze – zarówno w zakresie organizacji, legislacji, jak i samego leczenia. Niestety, w obszarze badań przesiewowych i programów profilaktycznych wciąż tkwimy w miejscu.

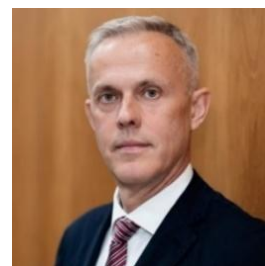
Co prawda dwa lata temu dokonana się istotna zmiana – poszerzono wiek pacjentek uprawnionych do korzystania z programu wczesnego wykrywania raka piersi, co już przynosi pierwsze efekty. W niektórych regionach zgłaszalność na badania mammograficzne sięga 60%. Wiemy od środowisk realizujących program, że kobiety od 45. roku życia niemalże „rzuciły się” na te badania. To dobry znak. Kolejną korzyścią jest zwiększona wykrywalność nowotworów we wczesnym stadium u pacjentek w wieku 69–74 lat, które również zostały włączone do programu. Dzięki temu, że wydłużyliśmy możliwość wykonywania badań o te kilka lat, wiele kobiet utrwaliło nawyk regularnych kontroli. To z kolei przekłada się na zmniejszenie liczby przypadków raka piersi wykrywanego w zaawansowanych stadiach.

Naszym celem jest osiągnięcie 70% zgłaszalności, co jest niezbędne, aby program był opłacalny na poziomie populacyjnym. Nie wspominając już o skandynawskich wynikach, gdzie zgłaszalność sięga 95%. Jeśli nie potraktujemy polskich kobiet poważnie i nie wprowadzimy mechanizmów ułatwiających im udział w badaniach, nie osiągniemy podobnych rezultatów.

Dzisiaj rozmawialiśmy o wyszukiwarkach programów przesiewowych. Widzimy już pierwsze pozytywne działania – na przykład w IKP pacjentki otrzymują powiadomienia o zaproszeniach na badania. Jednak jeśli realizatorzy nie staną na wysokości zadania, niewiele się zmieni. Współczesne kobiety potrzebują rozwiązań dostosowanych do ich stylu życia. Konieczne są wyszukiwarki w telefonach oraz inne cyfrowe narzędzia, które ułatwią im dostęp do badań.

### ***Dr Jakub Gierczyński, MBA, Ekspert systemu ochrony zdrowia***

W lipcu 2024 r., Główny Urząd Statystyczny opublikował najnowsze dane na temat finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Wg GUS, wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2023 r. wyniosły 241,6 mld zł i stanowiły 7,1% PKB (Produktu Krajowego Brutto). Wydatki w 2023 r. były wyższe, niż wydatki w 2022 r. o około 45,4 mld zł. Wydatki na zdrowie w 2022 r. wyniosły 196,2 mld zł. Wzrost wydatków bieżących zaobserwowano wśród wydatków publicznych, które wyniosły w 2023 r. – 197,8 mld zł i były o 53,2 mld zł wyższe niż w 2022 r., a ich udział w PKB wyniósł 5,8%. Bieżące wydatki prywatne (w tym wydatki gospodarstw domowych) zmniejszyły się o 7,8 mld zł i wyniosły w 2023 r. 43,8 mld zł, mimo zwiększenia bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych, które wyniosły 38,6 mld zł, tj. o 1,6 mld (4,4%) więcej niż w 2022 r. W latach 2014-2023 odnotowano potrojenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia. W 2014 r. wyniosły one 73 mld zł, natomiast w 2023 r. - 198 mld zł. Wydatki publiczne stanowiły 73,7% wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w roku 2021 – 72,5%). Systemy rządowe i samorządowe stanowiły 10,5% (w roku 2021 – 15,1%), a systemy obowiązkowych, składkowych ubezpieczeń zdrowotnych – 63,2% (w roku 2021 – 57,3%). Wydatki prywatne stanowiły – 26,3% (w roku 2021 – 27,5%), w tym system bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych – 18,8% wszystkich wydatków bieżących na





ochronę zdrowia (w roku 2021 – 19,8%). W obrębie wydatków bieżących na ochronę zdrowia w 2022 r. wg. funkcji, usługi lecznicze stanowiły 60,1% (w roku 2021 – 56,1%). W ramach usług leczniczych wydatki na leczenie szpitalne stanowiły 32,4% (w roku 2021 – 30,2%), na leczenie ambulatoryjne – 25,0% (w roku 2021 – 24,2%), na produkty medyczne, m.in. leki – 19,0% (w roku 2021 – 21,0%), opieka długoterminowa (zdrowotna) – 8,1% (w roku 2021 – 8,1%) i opieka rehabilitacyjna – 4,7% (w roku 2021 – 4,4%).<sup>17</sup>

Wg najnowszych danych OECD, opublikowanych w 2024 r. w raporcie pt. Polska przeznaczająca na zdrowie w 2022 r. 1 908 euro PPP na głowę mieszkańca, gdy średnia dla Unii Europejskiej EU-27 wynosiła 3 533 euro PPP ( dwa razy więcej), Czechy przeznaczają 2 884 euro PP (o 1 tysiąc euro więcej niż Polska), a Niemcy – 5 317 euro PPP.<sup>18</sup> Biorąc pod uwagę odsetek Produktu Krajowego Brutto (PKB) przeznaczany na zdrowie w 2022 r. Polska raportowała 6,4% PKB, średnia 10,4% dla EU-27 wynosiła, Czechy przeznaczają na zdrowie 8,8% PKB, a Niemcy 12,6% PKB.

Ten sam raport przedstawia również najnowsze dane dotyczące oczekiwanej długości życia. Statystyczny obywatel Polski urodzony w 2023 r. będzie żył 78,6 lat, statystyczny obywatel EU-27 przeżyje 81,5 lat, czyli 3 lata dłużej. Najdłużej będzie żył obywatel Hiszpanii – 84 lata oraz Szwecji – 83,4 lat. W kategorii lat życia w zdrowiu średnia dla EU-27 dla 2022 r. wyniosła ok. 63 lat dla obu płci, gdy w Polsce kobiety żyły w zdrowiu 64,1 lat, a mężczyźni – 60,8 lat.

W 2021 r. nowotwory były drugą najczęstszą przyczyną zgonów obywateli Unii Europejskiej. Odnotowano 1,1 mln zgonów z powodu nowotworów, co stanowiło 21,6 % całkowitej liczby zgonów w UE. Nowotwory miały wyższy udział (23,8%) zgonów wśród mężczyzn niż wśród kobiet (19,4 %). Wśród krajów UE udział zgonów z powodu raka w całkowitej liczbie zgonów w 2021 r. osiągnął 28,2% w Danii, Irlandii (27,7%), Słowenii (27,1%) i Niderlandach (26,6%). Wśród mężczyzn udział ten osiągnął w Słowenii poziom 30,7%, a w Danii 29,5%. Wśród kobiet osiągnął najwyższy poziom 26,9% w Irlandii, a w Danii 26,8%. W UE standaryzowana śmiertelność z powodu raka wynosiła 235,4 na 100 tys. mieszkańców w 2021 r. Była niższa niż w przypadku chorób układu krążenia, ale wyższa niż w przypadku innych przyczyn zgonów, w tym COVID-19. Analiza płci i wieku pokazuje duże różnice w standaryzowanych wskaźnikach śmiertelności w przypadku raka. Dla mężczyzn wskaźnik (307,5 na 100 tys. mężczyzn) był o 67% wyższy niż u kobiet (184,0 na 100 tys. kobiet mieszkańców), podczas gdy wskaźnik dla osób w wieku 65 lat i starszych był 14 razy wyższy niż w przypadku osób młodszych (w wieku poniżej 65 lat). Wśród krajów UE najwyższe standaryzowane wskaźniki śmiertelności z powodu raka odnotowano na Węgrzech i w Chorwacji, z których w 2021 r. odnotowano najwyższe standaryzowane wskaźniki zgonów z powodu raka (300 na 100 tys. mieszkańców). W przypadku mężczyzn najwyższe standaryzowane wskaźniki zgonów z powodu raka odnotowano na Litwie i w Chorwacji (430 na 100 tys. mężczyzn). W przypadku kobiet najwyższe standaryzowane wskaźniki śmiertelności z powodu zachorowań na raka odnotowano na Węgrzech, Danii i Chorwacji (z których każda przekracza 220 na 100 tys. kobiet). W 2021 roku Malta odnotowała najniższą standaryzowaną śmiertelność z powodu raka wśród krajów UE (198,3 na 100 tys. mieszkańców) i była jedynym krajem o wskaźniku poniżej 200 na mieszkańca. Szwecja odnotowała najniższą standaryzowaną śmiertelność

<sup>17</sup> <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2021-2023,27,4.html>

<sup>18</sup> OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

wśród mężczyzn - 238,6 na 100 tys. mężczyzn, a Hiszpania miała najniższą standaryzowaną śmiertelność wśród kobiet: 149,5 na 100 tys. kobiet.<sup>19</sup>

Seria Country Cancer Profiles, opublikowana pod patronatem Europejskiego Rejestru Nierówności Nowotworów, zapewnia regularny mechanizm sprawozdawczy w celu oceny opieki nad rakiem i nierówności w 27 państwach członkowskich UE, Norwegii i Islandii. Profile, przygotowane przez OECD i Komisję Europejską, są publikowane co dwa lata, a pierwsza edycja ukazała się w lutym 2023 roku. Profile Nowotworów Krajowy 2025 zapewniają najnowsze informacje na temat obciążenia, zapobiegania i opieki nad rakiem w krajach europejskich. Nowa edycja zawiera sprawozdanie podsumowujące, w którym podkreślono kluczowe ustalenia i rozwój sytuacji wynikające z profili krajowych na szczeblu UE. The Cancer Performance Tracker (CaPTr) dla każdego kraju wzbogaca analizę. CaPTr zapewnia migawkę wyników kraju w porównaniu z poziomem UE i w czasie w kilku dziedzinach raka: profilaktyce, wczesnym wykrywaniu, zdolności opiekuńczych i wynikach. To potężne narzędzie podkreśla obszary, w których kraje osiągają dobre wyniki i gdzie pozostaje jeszcze do wykonania znacznej pracy. Pakiet Country Cancer Profiles podkreśla znaczenie posiadania solidnych i wiarygodnych danych w celu kierowania inwestycjami i kształtowaniem polityki. Wykorzystując tę wiedzę na poziomie krajowym i unijnym, możemy lepiej ukierunkować wysiłki i zasoby w walce z rakiem.<sup>20</sup>

W krajowych profilach dotyczących nowotworów 2025 opisano mocne strony, wyzwania i konkretne obszary działania w odniesieniu do każdego z 27 państw członkowskich UE, Islandii i Norwegii, aby odpowiednio ukierunkować inwestycje i działania na szczeblu unijnym, krajowym i regionalnym w ramach Europejskiego Planu Walki z Rakiem. Każdy krajowy profil dotyczący nowotworów zawiera krótką syntezę dotyczącą krajowego obciążenia nowotworami, analizę czynników ryzyka zachorowania na raka (ze szczególnym uwzględnieniem behawioralnych i środowiskowych czynników ryzyka), programów wczesnego wykrywania oraz funkcjonowania opieki nad chorymi na raka (ze szczególnym uwzględnieniem dostępności, jakości opieki, kosztów oraz jakości życia).<sup>21</sup>

Wg. najnowszych danych za 2022 r., szacowana zachorowalność na choroby nowotworowe w Polsce była niższa od średniej UE, ale oczekuje się, że do 2040 r. nastąpi szybszy wzrost liczby zachorowań. Ogólna umieralność z powodu chorób nowotworowych w Polsce była wyższa od średniej UE w 2021 r., ale spadała szybciej niż średnia wśród państw w podobnej sytuacji gospodarczej, zwłaszcza wśród mężczyzn. W latach 2010–2020 wskaźnik wystąpienia choroby nowotworowej w ciągu całego życia wzrósł w Polsce o 23%. Czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na choroby nowotworowe występują w Polsce częściej niż w innych państwach członkowskich. Czynniki ryzyka, pod względem których Polska wypada gorzej, obejmują zanieczyszczenie powietrza, narażenie zawodowe, nadwagę i otyłość, ale wskaźnik Polski pod względem spożywania warzyw i codziennego palenia jest lepszy niż dla innych państw członkowskich. Wśród kobiet z nadwagą i otyłością różnice społeczno-ekonomiczne są duże w porównaniu z kobietami w innych państwach członkowskich UE. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 koncentruje się na profilaktyce i ograniczaniu czynników zwiększających ryzyko zachorowania na choroby nowotworowe. Polska prowadzi trzy programy badań przesiewowych populacji w kierunku raka sutka, raka szyjki macicy i raka jelita grubego. Wskaźniki

<sup>19</sup> [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics)

<sup>20</sup> <https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/country-cancer-profiles-2025>

<sup>21</sup> [https://www.oecd.org/pl/publications/2025/02/eu-country-cancer-profile-poland-2025\\_887fc266.html](https://www.oecd.org/pl/publications/2025/02/eu-country-cancer-profile-poland-2025_887fc266.html)

uczestnictwa w badaniach przesiewowych są jednak stosunkowo niskie. W ostatnich latach uczestnictwo w badaniach przesiewowych w kierunku raka sutka wzrosło, natomiast odnotowano spadek uczestnictwa w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. Rozszerzono przedział wiekowy uprawniający do badań przesiewowych w kierunku raka sutka i raka szyjki macicy. Obecnie trwają pilotażowe programy badań przesiewowych w kierunku raka płuc oraz badań molekularnych w kierunku wirusa brodawczaka ludzkiego w ramach nowej metody badań przesiewowych i planuje się pilotażowe badania mające na celu wczesne wykrywanie raka gruczołu krokowego. Dostęp do opieki onkologicznej w Polsce ogranicza wiele czynników, takich jak niskie zagęszczenie pielęgniarek i lekarzy na 1 000 przypadków zachorowania na choroby nowotworowe oraz ograniczone dostawy sprzętu medycznego. Największą inicjatywą na rzecz poprawy dostępu do opieki onkologicznej i jej jakości w Polsce jest Krajowa Sieć Onkologiczna, która ma usprawnić koordynację opieki i monitorowanie jej jakości. Prognozuje się, że w latach 2023-2050, w porównaniu ze średnimi w UE, Polska odnotuje większy spadek średniego dalszego trwania życia z powodu chorób nowotworowych, ale mniejszy wzrost liczby zaburzeń psychicznych.<sup>22</sup>

Pozytywnym aspektem jest fakt, że w ostatnich latach poprawia się sukcesywnie dostęp refundacyjny do nowych cząsteczko-wskazań 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 2024 r., Minister Zdrowia zrefundował 36 cząsteczko-wskazań onkologicznych, na 135 nowych cząsteczko-wskazań ogółem, co stanowiło 27%. Obwieszczenie obowiązujące od stycznia 2025 r. wprowadziło do systemu refundacji publicznej 13 nowych cząsteczko-wskazań onkologicznych na 31 cząsteczko-wskazań ogółem.<sup>23</sup>

#### 4. Wnioski i rekomendacje

Wniosek	Rekomendacja
Od stycznia do czerwca 2025 r. Polska pełni Prezydencję w Radzie Unii Europejskiej. Priorytetami w zakresie zdrowia będą profilaktyka, cyfryzacja, psychiatria dzieci i młodzieży oraz bezpieczeństwo lekowe.	Rekomendowane jest priorytetowe traktowanie zdrowia oraz jego adekwatne finansowanie w politykach Unii Europejskiej i krajów członkowskich.
Od 2021 r. realizowany jest w Europejski Plan Walki z Rakiem, który opiera się na czterech kluczowych obszarach działania: profilaktyka, wczesne wykrywanie, diagnostyka i leczenie; oraz jakość życia pacjentów onkologicznych i osób żyjących z rakiem lub wyleczonych.	Rekomendowane jest wdrażanie Europejskiego Planu Walki z Rakiem w Polsce, z cykliczną analizą wskaźników porównujących Polskę z pozostałymi krajami Unii, na bazie Krajowych Profilów Dotyczących Nowotworów).
Podejrzenie nowotworu na podstawie obrazu klinicznego jest podstawą do wdrożenia	Rekomendowana jest adekwatna do potrzeb medycznych refundacja diagnostyki w onkologii.

<sup>22</sup> [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/pl/publications/reports/2025/02/eu-country-cancer-profile-poland-2025\\_887fc266/dbc6b1f7-pl.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/pl/publications/reports/2025/02/eu-country-cancer-profile-poland-2025_887fc266/dbc6b1f7-pl.pdf)

<sup>23</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych>

<p>poszerzonej diagnostyki onkologicznej, której celem jest ustalenie rozpoznania histopatologicznego i genetycznego, kreślenie stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu, ocena stanu ogólnego pacjenta, określenie sposobu optymalnego postępowania terapeutycznego.</p>	
<p>Osoby chorujące na raka korzystają z szerokiej gamy wyrobów medycznych wspierających ich codzienne zdrowie, komfort i pozwalających na prowadzenie normalnego życia.</p>	<p>Rekomendowana jest adekwatna do potrzeb medycznych refundacja wyrobów medycznych stosowanych w onkologii.</p>
<p>W ostatnich latach zarejestrowano w Unii Europejskiej wiele przełomowych terapii lekowych w onkologii i onkohematologii, które pozwoliły na wyleczenie lub przedłużenie życia chorych onkologicznie. Jednocześnie w Polsce, poprawił się dostęp refundacyjny do nowych cząsteczko-wskazań leków przeciwnowotworowych.</p>	<p>Rekomendowana jest adekwatna do potrzeb medycznych refundacja leków stosowanych w terapii nowotworów w Polsce.</p>
<p>Wg. danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) w Polsce w 2022 r. odnotowano ok. 21 tys. zachorowań na nowotwór złośliwy oskrzeli i płuca.</p>	<p>Rekomenduje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• refundację badań przesiewowych,</li> <li>• powołanie unitów narządowych (Lung Cancer Units),</li> <li>• refundację nowych metod diagnostyki genetycznej,</li> <li>• refundację alektynibu w monoterapii w leczeniu adjuwantowym po całkowitej resekcji u dorosłych pacjentów z ALK-dodatnim niedrobnokomórkowym rakiem płuca (NDRP), u których występuje duże ryzyko wznowy</li> </ul>
<p>Rak jelita grubego jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych w Polsce, zajmując trzecie miejsce pod względem zachorowalności zarówno u mężczyzn, jak i kobiet.</p>	<p>Rekomenduje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• refundację badań przesiewowych,</li> <li>• powołanie unitów narządowych (Colon Cancer Units),</li> <li>• refundację nowych metod diagnostyki genetycznej,</li> <li>• refundację frukwintynibu w monoterapii zaawansowanego lub nawrotowego raka jelita grubego</li> </ul>
<p>Terapia z wykorzystaniem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi, inaczej terapia komórkowa CAR-T, może być bardzo pomocna w leczeniu niektórych rodzajów nowotworów krwi, w przypadku gdy zawiodły inne metody leczenia</p>	<p>Rekomenduje się refundację terapii CAR-T w nowych wskazaniach klinicznych, zgodnych z rejestracją europejską.</p>

<p>Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych (adherence) staje się priorytetem dla opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej, w której co roku niestosowanie się pacjentów do zaleceń terapeutycznych powoduje około 200 tys. zgonów, a także straty finansowe i nadmierne obciążenie systemów ochrony zdrowia, wynoszące 80-125 mld euro.</p>	<p>Rekomendowane jest edukowanie i monitorowanie przez lekarza i pielęgniarkę w przychodni oraz farmaceutę w aptece otwartej przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów, z wykorzystaniem narzędzi e-zdrowia.</p>
<p>W Polsce nadmierną masę ciała ma 65,7% mężczyzn i 45,9% kobiet, natomiast otyłość występuje u 15,4% mężczyzn i 15,2% kobiet. Otyłość olbrzymia (BMI 40,0 lub więcej) występuje u 0,5% mężczyzn i 0,4% kobiet. Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na ponad 200 schorzeń, w tym m.in. cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwienną serca, obturacyjny bezdech senny, chorobę zwyrodnieniową stawów, depresję oraz sprzyjają rozwojowi niektórych typów nowotworów, podwyższając ryzyko zgonu. Badania naukowe udowadniają, że leczenie chorych otyłych wydłuża ich życie, jednocześnie znacząco poprawiając jego jakość.</p>	<p>Rekomendowane jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnozowanie i wpisywanie do dokumentacji pacjenta otyłości, jako choroby (ICD10 E66) oraz</li> <li>• wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych i pełna refundacja publiczna programu kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR) oraz programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS, z refundacją publiczną farmakoterapii otyłości.</li> </ul>
<p>Starzenie się społeczeństw oraz wydłużanie życia to jedne z największych osiągnięć współczesnej medycyny, nauki i polityki publicznej.</p>	<p>Rekomendowane jest wdrażanie zasad polityki senioralnej w zakresie opieki medycznej oraz opieki środowiskowej i w domu pacjenta.</p>
<p>HCV ciągle stanowi zagrożenie dla polskiej populacji ze względu na brak możliwości zapobiegania chorobie na drodze szczepień (nie została jeszcze wynaleziona szczepionka na HCV) oraz poważne konsekwencje długoletniego zakażenia (marskość wątroby, rak wątrobowokomórkowy). Szacuje się, że ponad 140 tys. osób jest aktywnie chorych na WZW typu C. Istnieje więc pilna potrzeba zwiększenia wysiłków w zakresie diagnostyki HCV, a następnie leczenia WZW typu C celem eliminacji wirusa HCV do 2030 r.</p>	<p>Rekomendowane jest jak najszybsze wdrożenie „Narodowego programu zwalczania zakażeń hepatotropowych jako profilaktyka marskości i raka wątroby” opracowanego i złożonego do Ministra Zdrowia przez Zespół do spraw monitorowania i oceny sytuacji dotyczącej zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi przy Ministrze Zdrowia, opartego na wykonaniu rocznie ok. 3-4 mln przesiewowych badań kasetkowych w całym kraju, w kierunku wykrycia wirusa HCV w POZ, SOR i zakładach penitencjarnych oraz przeleczeniu terapią bezinterferonową ok. 14 tys. zidentyfikowanych pacjentów rocznie.</p>

## 5. Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu w zakresie onkologii.

### *Zaspokojenie potrzeb pacjentów onkologicznych w kontekście dostępu do wyrobów medycznych*

W styczniu 2025 r. w ramach inauguracji roku Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki odbyła się konferencja „Zadbajmy o dobrostan”. Wydarzeniu towarzyszyła wystawa wyrobów medycznych stosowanych w profilaktyce i skutecznej diagnostyce, efektywnym leczeniu oraz aktywnej rehabilitacji, organizowana przez Izbę POLMED. Wystawę zainaugurowali Małgorzata Kidawa-Błońska (Marszałek Senatu), Beata Małecka-Libera (Przewodnicząca Senackiej Komisji Zdrowia) oraz Arkadiusz Grądkowski (Prezes Izby POLMED, Członek Zarządu MedTech Europe). Inicjatorka przedsięwzięcia, Senator Beata Małecka-Libera, od lat podkreśla wagę profilaktyki i nowoczesnych rozwiązań w ochronie zdrowia. Branża wyrobów medycznych pełni kluczową rolę w trosce o zdrowie. Wyroby medyczne są niezastąpione w profilaktyce – zarówno podczas diagnostyki, jak i w skutecznym leczeniu. Stanowią także podstawę procesów rehabilitacji, które umożliwiają pacjentom powrót do pełnej sprawności, życia społecznego i zawodowego.

Wyroby medyczne to szeroka gama produktów stosowanych w wielu chorobach, między innymi w nowotworach. Nowotwory to choroby wymagające szybkiego i specjalistycznego leczenia. Osoby chorujące na raka, poza odpowiednimi lekami, mogą korzystać również z szerokiej gamy wyrobów medycznych wspierających ich codzienne zdrowie, komfort i pozwalających na prowadzenie normalnego życia. Pomagają one chorym, a także ich opiekunom w różnorodnych czynnościach, ale również mogą zadbać o estetykę ciała po operacjach. Na skutek choroby nowotworowej pacjent może mieć problemy z oddawaniem moczu. Konieczne może być wtedy zastosowanie cewnika i dopasowanego worka na mocz. Takie wyroby medyczne stosowane są także u pacjentów leżących. Specjalne cewniki wykorzystywane są również do odsysania górnych dróg oddechowych. Stomia jest stosowana u osób doświadczających schorzeń układu pokarmowego, ale także moczowego (urostomia). Wyroby medyczne dla stomików obejmują odpowiednie worki stomijne i akcesoria zapewniające codzienny komfort. Osoby z chorobami nowotworowymi mogą doświadczać problemów z nietrzymaniem moczu i stolca. Stosuje się wtedy odpowiednie pieluchomajtki oraz inne wyroby chłonne, między innymi pieluchy anatomiczne, wkłady anatomiczne, majtki chłonne, podkłady. Jeżeli na skutek nowotworów u pacjenta pojawi się konieczność amputacji kończyn górnych lub dolnych, w powrocie do sprawności pomagają protezy kończyn górnych i dolnych. Indywidualnie dopasowane umożliwiają samodzielne poruszanie się i realizację codziennych czynności. U kobiet po mastektomii, czyli usunięciu piersi na skutek ich nowotworu, stosuje się specjalne protezy piersiowe po mastektomii umożliwiające poprawę wyglądu biustu, a także zapewniające właściwy komfort. Protezy umieszczone są w biustonoszach, strojach kąpielowych z kieszonkami. Również stosowane są peruki medyczne u kobiet, u których doszło do utraty włosów na skutek nowotworu.

Aktualnie funkcjonujący w Polsce system zleceniowy zapewnia sprawny i szybki dostęp do wyrobów medycznych. Na liście wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie znajdują się produkty niezbędne do codziennego zaopatrzenia pacjentów. Regularna aktualizacja i rozszerzenie wykazu wyrobów medycznych dostępnych na zlecenie osób uprawnionych stanowi istotny element zapewnienia

wysokiej jakości życia pacjentów. Wyroby medyczne do indywidualnego zaopatrzenia zapewniają użytkownikowi możliwie najlepszą sprawność, jakość życia, chronią intymność oraz zapewniają godność mimo wystąpienia choroby czy też niepełnosprawności.

Aplikacje mobilne i rozwiązania telemedyczne rewolucjonizują opiekę medyczną, umożliwiając zdalne monitorowanie zdrowia i samokontrolę, co zwiększa poczucie bezpieczeństwa pacjentów i odciąża system ochrony zdrowia. Jednak brak jasnych ram prawnych dla cyfryzacji opieki zdrowotnej w Polsce utrudnia dynamiczny rozwój tego sektora. Konieczne jest stworzenie platformy współpracy między regulatorem, płatnikiem, użytkownikami i dostawcami, opracowanie rejestru rozwiązań cyfrowych oraz mapy ich wdrażania. Priorytetami powinny być transparentne ścieżki refundacyjne, promowanie innowacji w przetargach, rozwój polskiej specjalizacji technologicznej oraz systemowe rozwiązania z zakresu cyberbezpieczeństwa. Niezbędne są również jasne, stale aktualizowane ramy prawne i standardy interoperacyjności, wspierające integrację przyszłych technologii.

Aby pacjenci mogli być operowani za pomocą najbardziej nowoczesnych technologii medycznych, niezbędne jest uproszczenie procedur wprowadzania innowacji do koszyka świadczeń gwarantowanych. Obecne regulacje, które nie przewidują jasno określonych ram czasowych na wydanie rekomendacji przez Ministra Zdrowia, znacząco wydłużają cały proces. W efekcie nowoczesne wyroby medyczne, które mogłyby szybko trafić do pacjentów, latami czekają na wprowadzenie, a przez to tracą na swojej innowacyjności. Przykładem jest termo- i krioablacja guzów płuc, kości i nadnerczy, której wprowadzenie w 2025 roku do koszyka świadczeń gwarantowanych zajęło aż pięć lat. Tego rodzaju opóźnienia ograniczają dostęp pacjentów do nowoczesnych i skutecznych metod leczenia. Dodatkowo w opinii Izby POLMED niezbędne jest ustrukturalizowanie listy podmiotów uprawnionych do składania wniosków o wprowadzenie innowacji do koszyka świadczeń. Proponowane zmiany zakładają rozszerzenie tej grupy o towarzystwa naukowe, konsultantów krajowych oraz organizacje reprezentujące pacjentów. Taki krok pozwoliłby na bardziej kompleksowe uwzględnienie potrzeb systemu ochrony zdrowia i pacjentów, a także przyspieszyłby wprowadzanie nowoczesnych technologii do polskiego systemu zdrowotnego.

Wyroby medyczne są nieodzownym elementem wsparcia pacjentów onkologicznych na każdym etapie ich leczenia. Kluczowe jest jednak rozwijanie przepisów, które umożliwią szybszy dostęp do innowacyjnych technologii, a także wspieranie ich integracji z istniejącym systemem ochrony zdrowia. Inwestycja w wyroby medyczne i nowoczesne technologie to inwestycja w jakość życia pacjentów i przyszłość polskiego systemu ochrony zdrowia.

### *Zaspokojenie potrzeb pacjentów onkologicznych w kontekście dostępu do diagnostyki, w tym diagnostyki molekularnej*

Podejrzanie nowotworu na podstawie obrazu klinicznego jest podstawą do wdrożenia poszerzonej diagnostyki onkologicznej, której celem jest ustalenie rozpoznania histopatologicznego i genetycznego, kreślenie stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu, ocena stanu ogólnego pacjenta, określenie sposobu optymalnego postępowania terapeutycznego. Ustalenie szczegółowego rozpoznania histopatologicznego opiera się na pobraniu materiału do oceny histopatologicznej w ramach biopsji zamkniętej (aspiracyjna cienkoigłowa, gruboigłowa lub wiertarkowa) lub wycięciu fragmentu tkanki w sposób chirurgiczny. W niektórych przypadkach zastosowanie znajduje tzw. śródoperacyjna ocena

histologiczna, która pozwala na ocenę materiału już po kilkunastu minutach. Jej ograniczeniem jest jednak brak możliwości wykonania badań immunohistochemicznych. Nowoczesna diagnostyka onkologiczna nie może funkcjonować bez badań obrazowych. Wykonanie obrazowania pozwala na określenie zaawansowania choroby nowotworowej i opisanie jej za pomocą cech TNM (T - wielkość guza, N - stan morfologiczny węzłów chłonnych, M - obecność przerzutów odległych). Szczegółowa ocena zaawansowania nowotworu i ulepszona diagnostyka onkologiczna są możliwe dzięki ciągłemu rozwojowi metod obrazowania. Do podstawowych technik stosowanych w onkologii należą: USG, tomografia komputerowa i badanie rezonansem magnetycznym. Coraz szersze zastosowanie znajdują również pozytonowa tomografia emisyjna (PET), scyntygrafia, EUS czy badanie MR z cewką moczową – a także połączenie różnych badań diagnostycznych. Systematycznie zwiększa się również czułość współczesnych metod obrazowania stosowanych w diagnostyce onkologicznej.<sup>24</sup>

Wprowadzenie terapii celowanych opartych na przeciwciałach monoklonalnych lub drobnocząsteczkowych inhibitorach kinaz do leczenia chorób nowotworowych doprowadziło do istotnej poprawy wyników leczenia wybranych chorych. Wydłużenie czasu przeżycia bez progresji choroby czy przeżycia całkowitego wiąże się jednak z koniecznością wykonania na etapie diagnostyki szeregu oznaczeń molekularnych. Ich mnogość – narzucana zapisami programów lekowych – stwarza ogromne problemy we właściwym doborze poszczególnych oznaczeń oraz stanowi istotne wyzwanie w procesie rozliczania wykonanych badań.<sup>25</sup>

Badania genetyczne stały się już nieodłączną częścią procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjenta onkologicznego. W warunkach polskiego systemu opieki zdrowotnej dostępnych i refundowanych jest wiele terapii ukierunkowanych molekularnie, mających zastosowanie w leczeniu różnych typów nowotworów. W Polsce mamy dostęp do nowoczesnych terapii onkologicznych, ale nie wykorzystujemy tego potencjału, ponieważ zbyt rzadko wykonywane są badania molekularne. W 2023 r. jedynie 22 proc. pacjentów onkologicznych przeszło w Polsce diagnostykę genetyczną. W latach 2017-2022 prawie połowę badań molekularnych w szpitalach wykonano u chorych z czterema typami choroby nowotworowej – rakiem płuca, rakiem jelita grubego, białaczką szpikową i białaczką limfatyczną. Wydatki na diagnostykę molekularną na poziomie 61 mln zł rocznie stanowią zaledwie 0,5 proc. nakładów na leczenie nowotworów w Polsce. Wynika z tego, że potencjał diagnostyki genetycznej nie jest wykorzystywany i w konsekwencji nie są wykorzystywane możliwości terapii celowanej u chorych na nowotwór ani możliwości profilaktyki w rodzinach z mutacjami germinalnymi.<sup>26</sup>

W dniu 1 stycznia 2025 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1318), które wprowadza do systemu jako świadczenia gwarantowane dwa nowe badania genetyczne: badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) oraz badanie analiza ekspresji genu lub kilku genów (w tym genów fuzyjnych) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time

<sup>24</sup> <https://www.zwrotnikraka.pl/category/baza-wiedzy/diagnostyka-onkologiczna/>

<sup>25</sup> Diagnostyka molekularna nowotworów – podejście praktyczne. Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego NOWOTWORY 2023, tom 8, nr 3, 212–226 © Polskie Towarzystwo Onkologiczne ISSN: 2543–5248, e-ISSN: 2543–8077 [www.nowotwory.edu.pl](http://www.nowotwory.edu.pl)

<sup>26</sup> <https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2023/06/raport-diagnostyka-molekularna-www.pdf>



Quantitative Polymerase Chain Reaction). Badania te wykorzystywane są w diagnostyce w kierunku nowotworów układu mieloidalnego lub limfoidalnego lub monitorowaniu odpowiedzi na leczenie, lub monitorowaniu minimalnej choroby resztkowej (MRD - Minimal Residual Disease) w trakcie leczenia i po jego zakończeniu, w nowotworach układu mieloidalnego i limfoidalnego. w dniu 30 września 2023 r. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) wydał rekomendację nr 112/2023 w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Badanie kompleksowego profilowania genomowego metodą wysokoprzepustowego sekwencjonowania następnej generacji (NGS) w diagnostyce molekularnej pacjentów z nowotworami złośliwymi”. Prezes AOTMiT rekomendował zakwalifikowanie przedmiotowego świadczenia po uwzględnieniu trzech poniższych warunków: doprecyzowanie wskazań, w których badanie byłoby stosowane, wdrożenie wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego z wykorzystaniem NGS oraz wdrożenia standardu organizacyjnego z wykorzystaniem uwag Rady Przejrzystości AOTMiT.<sup>27</sup>

### *Zaspokojenie potrzeb pacjentów onkologicznych w kontekście dostępu do nowoczesnych terapii lekowych*

W ostatnich latach poprawia się sukcesywnie dostęp refundacyjny do nowych cząsteczko-wskazań 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 2024 r., Minister Zdrowia zrefundował 36 cząsteczko-wskazań onkologicznych, na 135 nowych cząsteczko-wskazań ogółem, co stanowiło 27%. Obwieszczenie obowiązujące od stycznia 2025 r. wprowadziło do systemu refundacji publicznej 13 nowych cząsteczko-wskazań onkologicznych na 31 cząsteczko-wskazań ogółem. Poniżej przedstawiono wybrane terapie w najczęściej występujących nowotworach, na których refundację czekają pacjenci w Polsce w 2025 r.

### **Alektynib w monoterapii w leczeniu adjuwantowym po całkowitej resekcji u dorosłych pacjentów z ALK-dodatnim niedrobnokomórkowym rakiem płuca (NDRP), u których występuje duże ryzyko wznowy**

Rak płuca (kod C34 według klasyfikacji ICD-10) jest nowotworem pochodzącym z komórek nabłonkowych. Niedrobnokomórkowy rak płuca (NDRP), to grupa nowotworów płuca rozpoznawana w 80-85% przypadków, z których rak płaskonabłonkowy stanowi ok. 30% przypadków, rak gruczołowy stanowi ok. 40% przypadków i rak wielkokomórkowy stanowi ok. 10% przypadków. Drobnokomórkowy rak płuca (DRP), to nowotwory płuca rozpoznawane w 15% przypadków. Wg danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) w Polsce w 2022 r. odnotowano 20 726 zachorowań na nowotwór złośliwy oskrzeli i płuca. Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych w zakresie onkologii przewiduje się, że w 2029 r. odnotowanych zostanie ponad 32,5 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe

<sup>27</sup> <https://sejm.gov.pl/INT10.nsf/klucz/ATTDB9GG8/%24FILE/i05936-o1.pdf>

płuca. Z danych NFZ za 2023 r. wynika, że liczba pacjentów (unikalne numery PESEL) z rozpoznaniem głównym i/lub współistniejącym ICD-10: C34 wyniosła 163 548.<sup>28</sup>

Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją alektynibu w ramach programu lekowego B.6. „Leczenie chorych na raka płuca (ICD-10 C34) oraz międzybłoniaka opłucnej (ICD-10 C45)”, z bezpłatnym poziomem odpłatności dla pacjenta, w istniejącej grupie limitowej. Lek jest aktualnie dostępny w ramach programu lekowego B.6. w populacji chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP) z rearanzacją w genie ALK (kinaza chłoniaka anaplastycznego) w pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii lub po niepowodzeniu leczenia kryzotynibem). Pozytywna rekomendacja dotyczy rozszerzenia wskazanie refundacyjnego, czyli zastosowania ALE w monoterapii w leczeniu adjuwantowym po całkowitej resekcji u dorosłych pacjentów z ALK-dodatnim NDRP, u których występuje duże ryzyko wznowy. Pacjenci powinni spełniać kryteria włączenia do programu B.6. „Leczenie chorych na raka płuca (ICD-10 C34) oraz międzybłoniaka opłucnej (ICD-10 C45)” (m.in. zaawansowanie pooperacyjne od stadium IB (guz  $\geq$  4 cm) do stadium IIIA (T2-3 N0, T1-3 N1, T1-3 N2, T4 N0-1), stan sprawności ECOG 0-1). Zatem wnioskowane wskazanie będzie stanowiło rozszerzenie populacji pacjentów objętych aktualnie refundacją ALE.

### Frukwintynib w monoterapii zaawansowanego lub nawrotowego raka jelita grubego

Rak jelita grubego (CRC) jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych w Polsce, zajmując trzecie miejsce pod względem zachorowalności zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Choroba postępuje, gdy komórki w okrężnicy lub odbytnicy rosną niekontrolowanie z przednowotworowego, łagodnego polipa, który rozwija się przez okres od 5 do 15 lat, aby przekształcić się w nowotwór (Hossain, Karuniawati i in. 2022, American Gastroenterological Association 2023, Centers for Disease Control and Prevention 2023, Meseeha i Attia 2023). Rak jelita grubego jest wysoce heterogeniczną chorobą i może wynikać z wielu rodzajów zmian genetycznych lub epigenetycznych oraz może powstawać w różnych miejscach anatomicznych, z każdą cechą choroby potencjalnie wpływającą na rokowanie i odpowiedź na leczenie (Holch, Ricard i in. 2017, Baran, Mert Ozupek i in. 2018).

Rak jelita grubego jest trzecim najczęściej występującym nowotworem i ma drugi najwyższy wskaźnik śmiertelności spośród wszystkich typów nowotworów na świecie (Shin, Giancotti i Rustgi 2023). Na podstawie danych GLOBOCAN z 2020 roku oraz danych ludnościowych Organizacji Narodów Zjednoczonych dla 185 krajów, CRC stanowił 10,7% wszystkich przypadków nowotworów (Morgan, Arnold i in. 2023). W kilku badaniach przeprowadzonych w różnych regionach świata wykazano, że w ostatnich latach zachorowalność na CRC wzrosła u pacjentów <50 roku życia (Araghi, Soerjomataram i in. 2019, Vuik, Nieuwenburg i in. 2019, Siegel, Miller i in. 2020, Vassilev, Guo i in. 2022, National Cancer Institute 2023). W 2020 roku pacjenci z CRC stanowili 9,5% zgonów wśród pacjentów z nowotworami (Morgan, Arnold i in. 2023). Globalny wiekowo standaryzowany wskaźnik śmiertelności wynosił 9 na 100 000 osobolat (935 173 zgonów) (Morgan, Arnold i in. 2023).

<sup>28</sup> Rekomendacja nr 2/2025 z dnia 13 stycznia 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny leku Alecensa (alektynib) w ramach programu lekowego „Leczenie chorych na raka płuca (ICD-10 C34) oraz międzybłoniaka opłucnej (ICD-10 C45)”.

[https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia\\_mz/2024/184/REK/2025%2001%2013%20BP%20RP%202\\_2025%20Alecensa%20BIP\\_REOPTR.pdf](https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2024/184/REK/2025%2001%2013%20BP%20RP%202_2025%20Alecensa%20BIP_REOPTR.pdf)

Zgodnie z danymi z Krajowego Rejestru Nowotworów, w Polsce w latach 2015-2021 liczba zachorowań na raka jelita grubego wynosiła ok. 18 tysięcy rocznie natomiast umieralność ok. 12 tysięcy rocznie. Między 19% a 31% pacjentów z CRC ma przerzuty w momencie diagnozy na podstawie danych z USA, Kanady, Europy i Japonii (Chen, Qiu i in. 2010, Tamakoshi, Nakamura i in. 2017, Bouvier, Jooste i in. 2021, Centers for Disease Control and Prevention 2022, National Cancer Institute 2022). U połowy pacjentów z chorobą zlokalizowaną ostatecznie rozwijają się przerzuty (Ciardiello, Ciardiello i in. 2022). Ponieważ aż 80% wszystkich nowotworów jelita w chwili rozpoznania jest już w zaawansowanym stadium, średni odsetek 5-letnich przeżyć wynosi 50-60% zgodnie z danymi American Cancer Society. Natomiast w Polsce wskaźnik ten jest niższy i wynosi ok. 40%. (AWA Lonsurf+bewacyzumab).

Obecnie w Polsce dostępne są różne formy leczenia raka jelita grubego, w tym chirurgia, chemioterapia, radioterapia oraz terapie celowane. Operacja jest zazwyczaj pierwszą linią leczenia i może polegać na usunięciu części jelita zajętej przez nowotwór. W przypadku bardziej zaawansowanych stadiów choroby, chemioterapia jest stosowana samodzielnie lub w połączeniu z innymi metodami leczenia. Terapie celowane, takie jak inhibitory kinazy tyrozynowej czy przeciwciała monoklonalne, stanowią nowoczesną opcję dla pacjentów, którzy nie odpowiadają na standardowe leczenie. Pomimo postępów w terapii, wiele potrzeb pacjentów z rakiem jelita grubego pozostaje niezaspokojonych. Wskaźniki przeżywalności nadal są niskie, szczególnie w przypadku przerzutowego raka jelita grubego (ang. metastatic colorectal cancer, mCRC), a skutki uboczne leczenia znacząco wpływają na jakość życia pacjentów. Istnieje pilna potrzeba wprowadzenia nowych i bardziej skutecznych metod leczenia, które byłyby lepiej tolerowane przez organizm oraz dawałyby pacjentom realne szanse na dłuższe i zdrowsze życie.

Frukwintynib to selektywny, doustny inhibitor kinazy tyrozynowej receptorów czynnika wzrostu śródbłonna naczyniowego (VEGF), które odgrywają kluczową rolę w blokowaniu angiogenezy nowotworowej. Lek stosowany jest w monoterapii w leczeniu zaawansowanego lub nawrotowego raka jelita grubego, który nie jest możliwy do wyleczenia ani resekcji i nie poddaje się chemioterapii. Produkt został zatwierdzony przez amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) w listopadzie 2023 r. W czerwcu 2024 r. frukwintynib został zarejestrowany przez Komisję Europejską, w monoterapii dorosłych pacjentów z przerzutowym rakiem jelita grubego (ang. metastatic colorectal cancer, mCRC), którzy byli wcześniej leczeni dostępnymi standardowymi terapiami, w tym chemioterapią opartą na fluoropirymidynie, oksaliplatynie i irynotekanie, lekami anty-VEGF i anty-EGFR, lub u których podczas leczenia triflurydyną/tipiracylem lub regorafenibem wystąpiła progresja choroby lub nie tolerują tego leczenia.<sup>29</sup> Lek uzyskał pozytywne rekomendacje instytucji odpowiedzialnych za rejestrację leków także w innych krajach w tym w Wielkiej Brytanii, Chinach i Japonii. Frukwintynib wykazał skuteczność, bezpieczeństwo i utrzymanie jakości życia (HRQoL) u pacjentów z mCRC, którzy wcześniej otrzymali chemioterapię opartą na fluoropirymidynie, oksaliplatynie i irynotekanie, terapię anty-VEGF i anty-EGFR, i u których podczas leczenia triflurydyną/tipiracylem lub regorafenibem wystąpiła progresja choroby co zostało udowodnione w wielu badaniach, w tym w dwóch randomizowanych kontrolowanych badaniach fazy 3 (Li, Qin i in. 2018, Qin, Li i in. 2021, Dasari, Lonardi i in. 2023, Sobrero, Dasari i in. 2023).

<sup>29</sup> [https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2024/20240620162687/anx\\_162687\\_pl.pdf](https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2024/20240620162687/anx_162687_pl.pdf)

Przerzutowy rak jelita grubego (mCRC), to zaawansowana forma raka, która rozprzestrzenia się z jelita grubego na inne obszary. Choroba charakteryzuje się niskim wskaźnikiem przeżywalności (5-letnia względna przeżywalność wynosiła 15,6% w USA w latach 2013–2019, (Guillemín, Darpelly i in. 2022, National Cancer Institute 2022)) i jest trudna do leczenia, ponieważ przerzuty są często wykrywane w późnym stadium. Cele leczenia mCRC koncentrują się na przedłużeniu przeżycia, opóźnianiu progresji i poprawie objawów przy jednoczesnym utrzymaniu jakości życia (Cervantes, Adam i in. 2023). Pacjenci otrzymujący terapię trzeciej lub czwartej linii dla mCRC potrzebują dodatkowej opcji leczenia z ogólnie dobrze tolerowanym profilem bezpieczeństwa, który również może zwiększać przeżycie do klinicznie znaczącego poziomu przy jednoczesnym utrzymaniu jakości życia.

W ostatnich latach nie zarejestrowano żadnej kolejnej opcji terapeutycznej dla pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego po leczeniu obecnie dostępnymi lekami, a wiele dotychczas prowadzonych badań klinicznych zostało wstrzymanych lub zakończonych bez osiągnięcia zamierzonych celów terapeutycznych. Wśród pacjentów z zaawansowanym mCRC, którzy wcześniej otrzymali chemioterapię opartą na fluoropirymidynie, oksaliplatynie i irynotekanie oraz terapię lekami anty-VEGF i anty-EGFR, i u których podczas leczenia triflurydyną/tipiracylem lub regorafenibem wystąpiła progresja choroby, fruquintinib wykazał spójne, znaczące, klinicznie istotne poprawy w przeżyciu i kontroli choroby oraz korzystne wyniki jakości życia w porównaniu z placebo w dwóch badaniach fazy 3 i badaniach pomocniczych (Li, Qin i in. 2018, Qin, Li i in. 2021, Shen, Tannenbaum i in. 2022, Dasari, Lonardi i in. 2023, Sobrero, Dasari i in. 2023).

### Terapie CAR-T w leczeniu nowotworów

Terapia z wykorzystaniem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi, inaczej terapia komórkowa CAR-T, może być bardzo pomocna w leczeniu niektórych rodzajów nowotworów krwi, w przypadku gdy zawiodły inne metody leczenia. Istotą terapii komórkowej CAR-T jest genetyczna modyfikacja komórek odpowiedzialnych za odpowiedź odpornościową, zwanych limfocytami T, tak by potrafiły identyfikować i niszczyć komórki nowotworowe. W tym celu limfocyty T są pobierane z krwi pacjenta i modyfikowane w warunkach laboratoryjnych poprzez dodanie genu receptora znanego jako CAR, który sprawia, że limfocyty T wiążą się z określonym białkiem, pełniącym rolę antygeny, na komórkach nowotworowych. Zsyntetyzowane w ten sposób komórki CAR-T są następnie ponownie podawane pacjentowi, co umożliwia jego układowi odpornościowemu walkę z nowotworem. Terapia CAR-T stanowi obecnie szansę dla pacjentów z agresywnymi nowotworami krwi i jest refundowana publicznie w Polsce w leczeniu ostrej białaczki limfoblastycznej (ALL) oraz chłoniaków. Onkolodzy i hematolodzy mają nadzieję, że w przyszłości znajdzie ona zastosowanie również w nowych wskazaniach hematologicznych oraz leczeniu guzów litych – raka trzustki, raka piersi czy glejaka wielopostaciowego.

### *Profilaktyka i terapia otyłości, jako profilaktyka rozwoju nowotworów*

Otyłość to choroba przewlekła, bez tendencji do samoistnego ustępowania. Wymaga długotrwałego leczenia i, co więcej, może nawracać, prowadząc do wielu niekorzystnych konsekwencji na wielu płaszczyznach – zdrowotnych, psychologicznych, społecznych, a także ekonomicznych. Może potencjalnie powodować rozwój ponad 200 powikłań, a wśród nich wymienia się najbardziej

rozpowszechnione choroby przewlekłe, w tym nowotwory. Związek pomiędzy zwiększoną zachorowalnością na nowotwory, a występowaniem otyłości został dobrze udokumentowany wieloma badaniami epidemiologicznymi. Osoby z otyłością są grupą zwiększonego ryzyka zachorowania na nowotwory. Na podstawie metaanaliz, które określają związek między BMI a chorobami nowotworowymi wykazano, że każde zwiększenie BMI o 5 kg/m<sup>2</sup> oznacza podwyższone ryzyko wystąpienia raka endometrium, gruczolakoraka przełyku i raka nerki od 30 do 60%. Rośnie także prawdopodobieństwo zachorowania na raka jelita grubego i raka trzustki. Nadmierna masa ciała oznacza większe ryzyko występowania również innych nowotworów: raka piersi, raka jajnika i raka szyjki macicy. Kobiety z BMI powyżej 35 kg/m<sup>2</sup> są bardziej narażone na hormonozależnego raka piersi. Do tego dochodzi zwiększenie ryzyka zgonu, które powoduje właśnie otyłość, zarówno w nowotworze raka piersi, jak i szyjki macicy. Wieloośrodkowe badania European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) wykazały istotny związek między wysokim wskaźnikiem BMI, obwodem talii i wskaźnikiem WHR (talia/biodra), a ryzykiem rozwoju nowotworu jelita grubego zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. Dodatkowo, pacjenci z cukrzycą typu II mają znacznie zwiększone ryzyko zachorowania na raka jelita grubego i zależność ta dotyczy obu płci. Wśród mechanizmów prowadzących do zwiększonej zapadalności na choroby nowotworowe wśród pacjentów z cukrzycą istotną rolę odgrywają: otyłość oraz bezpośrednio powiązane z nią insulinooporność, hiperinsulinemia oraz hiperglikemia. W celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia choroby nowotworowej należy zastosować odpowiednią profilaktykę i leczenie otyłości. Profilaktyka otyłości polega przede wszystkim na sumiennym przestrzeganiu wskazówek żywieniowych oraz dotyczących świadomego stylu życia.

Metody nieinwazyjnego leczenia nadwagi i otyłości, to specjalistyczne diety, zwiększony wysiłek fizyczny oraz leczenie farmakologiczne. Do leczenia farmakologicznego kwalifikują się osoby z wyjściową wartością wskaźnika masy ciała – BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> lub  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> z przynajmniej jedną chorobą współistniejącą związaną z nieprawidłową masą ciała. Można wśród nich wymienić zaburzenia gospodarki węglowodanowej (stan przedcukrzycowy lub cukrzyca), nadciśnienie tętnicze, dyslipidemię, obturacyjny bezdech senny.<sup>30</sup>

Obecnie w Unii Europejskiej jest zarejestrowanych kilka leków w terapii otyłości. W 2015 r. w Unii Europejskiej został zarejestrowany w leczeniu otyłości lek liraglutyd. Lek jest wskazany do stosowania wraz z dietą o obniżonej wartości kalorycznej i zwiększonym wysiłkiem fizycznym w celu kontroli masy ciała u dorosłych pacjentów, u których początkowa wartość wskaźnika masy ciała (ang. BMI, Body Mass Index) wynosi:  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> (otyłość), lub  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> do  $< 30$  kg/m<sup>2</sup> (nadwaga) z przynajmniej jedną chorobą współistniejącą związaną z nieprawidłową masą ciała, taką jak zaburzenia gospodarki węglowodanowej (stan przedcukrzycowy lub cukrzyca typu 2), nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia lub obturacyjny bezdech senny. Należy przerwać leczenie, jeżeli po 12 tygodniach stosowania liraglutylu w dawce 3,0 mg na dobę u pacjenta nie stwierdzono zmniejszenia początkowej masy ciała o co najmniej 5%.<sup>31</sup> W 2021 r. liraglutyd został zarejestrowany, jako uzupełnienie zdrowego sposobu odżywiania i zwiększonego wysiłku fizycznego w celu kontroli masy ciała u młodzieży w wieku 12 lat i powyżej otyłością (wskaźnik masy ciała (ang. BMI, Body Mass Index) odpowiadający  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>

<sup>30</sup> Otyłość i nadmierna masa ciała – czynniki ryzyka zachorowania na raka <https://www.zwrotnikraka.pl/otylosc-nadmierna-masa-ciala-czynniki-ryzyka-rozwoju-choroby-nowotworowej/>

<sup>31</sup> <https://www.novonordisk.pl/content/dam/nncorp/pl/pl/pdfs/products/saxenda-chpl.pdf>

u dorosłych z uwzględnieniem punktów odcięcia określonych w standardzie międzynarodowym), masą ciała powyżej 60 kg. W styczniu 2022 r. w Unii Europejskiej został zarejestrowany w leczeniu otyłości lek semaglutyd. Lek jest wskazany do stosowania wraz z dietą o obniżonej wartości kalorycznej i zwiększonym wysiłkiem fizycznym w celu kontroli masy ciała, w tym, w celu zmniejszenia i utrzymania masy ciała u dorosłych pacjentów, u których początkowa wartość wskaźnika masy ciała (ang. BMI, Body Mass Index) wynosi:  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> (otyłość) lub  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> do  $< 30$  kg/m<sup>2</sup> (nadwaga) z przynajmniej jednym współistniejącym schorzeniem związanym z nieprawidłową masą ciała, np. zaburzenia gospodarki węglowodanowej (stan przedcukrzycowy lub cukrzyca typu 2), nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, obturacyjny bezdech senny lub choroba sercowo-naczyniowa.<sup>32</sup> W 2023 r. lek semaglutyd został zarejestrowany w UE do stosowania wraz z dietą o obniżonej wartości kalorycznej i zwiększonym wysiłkiem fizycznym w celu kontroli masy ciała u młodzieży w wieku 12 lat i powyżej z otyłością oraz masą ciała powyżej 60 kg. W kwietniu 2024 r. w Unii Europejskiej został zarejestrowany w leczeniu otyłości lek tirzepatyd. Zarejestrowane wskazanie, to terapia lekiem, jako uzupełnieniu diety o obniżonej wartości kalorycznej i zwiększonej aktywności fizycznej w celu kontroli masy ciała, w tym utraty i utrzymania masy ciała, u osób dorosłych z początkowym wskaźnikiem masy ciała (BMI) wynoszącym  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> (otyłość) lub od  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> do  $< 30$  kg/m<sup>2</sup> (nadwaga) z współistniejącą co najmniej jedną chorobą związaną z nieprawidłową masą ciała (np. nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, obturacyjny bezdech senny, choroba układu sercowo-naczyniowego, stan przedcukrzycowy lub cukrzyca typu 2).<sup>33</sup>

Od 2021 r. funkcjonuje w Polsce program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR, a jego realizacja została przedłużona do dnia 30 czerwca 2026 r. Model koordynowanej i kompleksowej opieki nad pacjentami z otyłością olbrzymią zakłada prowadzenie procesu diagnostyczno-terapeutycznego w ośrodkach mających doświadczenie w chirurgii bariatrycznej i metabolicznej przez wielodyscyplinarny zespół i obejmuje cztery moduły: Moduł I – diagnostyka, postępowanie przed operacyjne, Moduł II – leczenie zabiegowe, Moduł III – rehabilitacja lecznicza przed - i pooperacyjna, Moduł IV – Bariatryczna opieka specjalistyczna – monitorowanie. Liczba pacjentów, którym zostały udzielone świadczenia w pilotażu KOS-BAR w latach 2021-2024 r. (do lipca 2024 r.) wynosi 6 174 osób, a wartość rozliczonych świadczeń ok. 108 mln zł. Poza leczeniem realizowanym w ramach przedmiotowego pilotażu, leczenie otyłości w Polsce realizowane jest od 2014 r. w ramach leczenia szpitalnego w zakresie JGP, produktów rozliczeniowych takich jak: 5.51.01.0006012 F12 Duże zabiegi żołądka i dwunastnicy oraz 5.51.01.0006014 F14 Chirurgiczne leczenie otyłości. Na podkreślenie zasługuje fakt zwiększającej się liczby świadczeniodawców, którzy na przestrzeni lat 2020-2024 sprawozdawali do NFZ procedurę „chirurgiczne leczenie otyłości” w ramach leczenia szpitalnego. Liczba ta wzrosła z 58 świadczeniodawców w 2020 r. do 73 świadczeniodawców w 2024 r.<sup>34</sup>

Ministerstwa Zdrowia, po dogłębnej analizie, podjęło decyzję o dyskontynuacji prac nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS oraz projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie

<sup>32</sup> [https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2022/20220106154093/anx\\_154093\\_pl.pdf](https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2022/20220106154093/anx_154093_pl.pdf)

<sup>33</sup> [https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2023/20231211161235/anx\\_161235\\_pl.pdf](https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2023/20231211161235/anx_161235_pl.pdf)

<sup>34</sup> <https://sejm.gov.pl/INT10.nsf/klucz/ATTDBNJZQ/%24FILE/i06347-o1.pdf>

kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami, u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju KOS-BMI Dzieci. Uchwałą nr 26/2024 z dnia 15 listopada 2024 r. Rady do spraw Zdrowia Publicznego powołany został Zespół do spraw przeciwdziałania otyłości, który ma zaproponować dalsze działania.<sup>35</sup>

### **Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych (adherence)**

W styczniu 2025 roku Polska objęła prezydencję w Radzie Unii Europejskiej. Jednym z priorytetów polskiej prezydencji będzie profilaktyka zdrowotna, która jest ściśle związana z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych (adherence) przez pacjentów.

Profilaktyka wtórna, czyli działania mające na celu wczesne wykrycie i zapobieganie postępowi chorób, odgrywa kluczową rolę w redukcji śmiertelności i obciążenia systemu ochrony zdrowia. *Adherence* natomiast jest istotnym elementem skutecznej profilaktyce wtórnej, bowiem tylko dzięki przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, zarówno tych dotyczących modyfikacji stylu życia jak i leczenia farmakologicznego można osiągać cele profilaktyki wtórnej.

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych (non-adherence) stwarza istotne, choć możliwe do uniknięcia, wyzwania dla sektora ochrony zdrowia. W samej Europie, z powodu nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych umiera rocznie około 200 tys. osób. Poza znaczącą liczbą zgonów, inne konsekwencje *non-adherence* to straty finansowe i nadmierne obciążenie służby zdrowia. Według dostępnych danych, z powodu nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych kraje europejskie tracą około 80-125 mld euro rocznie. W Polsce straty z tego tytułu sięgają nawet 6 miliardów złotych rocznie.

Skala problemu jest bardzo istotna: szacuje się, że aż 50-60% pacjentów z chorobami przewlekłymi w Europie nie przestrzega zaleceń terapeutycznych. Problem ma charakter interdyscyplinarny. Dotyczy zarówno chorób układu krążenia, w tym szczególnie nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2, POCHP, psychiatrii, w tym depresji i schizofrenii, a także innych chorób przewlekłych.

Warto zwrócić szczególną uwagę na choroby układu krążenia, które stanowią poważne wyzwanie zdrowotne w Polsce i innych krajach UE i są pierwszą przyczyną zgonów w UE. W przypadku nadciśnienia tętniczego, które dotyczy 11 milionów Polaków, blisko jedna czwarta pacjentów z nowo zdiagnozowaną chorobą nie realizuje pierwszej recepty, a około 50% chorych po roku od diagnozy nie przyjmuje leków w stopniu, który dawałby możliwość skutecznego leczenia choroby, co prowadzi w konsekwencji do powikłań, takich jak udary mózgu czy zawały serca. Brak odpowiedniej profilaktyki wtórnej wynikający z braku *adherence* prowadzi do wysokiej śmiertelności wśród pacjentów po zawale serca. Niewystarczający *adherence* skutkuje znaczącym obciążeniem dla europejskich systemów ochrony zdrowia m.in. zwiększoną liczbą hospitalizacji, np. z powodu zawałów serca, udarów mózgu, a także większą liczbą wizyt u lekarzy, zwolnień lekarskich, a także opieką długoterminową. Pomimo tych danych zbyt mało uwagi przykładana jest do znaczenia *adherence*.

**Proponowane reformy w opiece zdrowotnej.** OECD sugeruje przeprowadzenie reform strukturalnych i zarządzania opieką zdrowotną, w tym:

1. Wzmocnienie roli farmaceutów, lekarzy, pielęgniarzy, psychologów i behawiorystów jako osób pierwszego kontaktu dla pacjentów;

<sup>35</sup> <https://sejm.gov.pl/INT10.nsf/klucz/ATTDBMJRC/%24FILE/i06256-o1.pdf>

2. Włączenie *adherence* do programu opieki koordynowanej;
3. Włączenie stowarzyszeń pacjentów. Stowarzyszenia pacjentów powinny być zaangażowane w ocenę potrzeb chorych i wsparcie koordynacji opieki zdrowotnej, co jest fundamentem polityki poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych;
4. Edukacja i zachęty finansowe. Ekspertki proponują powielenie dobrych praktyk w zakresie kształcenia przedstawicieli zawodów medycznych oraz wprowadzenie zachęt finansowych dla lekarzy i pacjentów w celu poprawy przestrzegania zaleceń;
5. Rola technologii cyfrowych. Technologie cyfrowe, takie jak e-recepty i aplikacje zdrowotne, mogą wspierać przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, a ich rozwój powinien być promowany poprzez odpowiednie ramy prawne i edukacyjne;
6. Przyspieszenie procedur rejestracyjnych. Przyspieszenie procedur rejestracyjnych dla nowych leków i technologii medycznych może poprawić dostęp pacjentów do innowacyjnych terapii, co jest szczególnie ważne w przypadku chorób przewlekłych.

### Wnioski

Istnieją wyraźne korzyści z poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych (*adherence*) zarówno dla pacjentów jak i służby zdrowia. Taka poprawa powinna stać się priorytetem dla decydentów chcących wzmocnić odporność systemów ochrony zdrowia, zwłaszcza w obliczu aktualnych trendów społeczno-demograficznych. W krajach Unii Europejskiej, pod względem przestrzegania zaleceń terapeutycznych istnieją duże możliwości poprawy, a związane z tym wyzwania domagają się natychmiastowej uwagi i reakcji ze strony osób odpowiedzialnych za politykę zdrowotną. Istotne jest zainicjowanie wśród polityków debaty dotyczącej nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych i jego skutków, co przełoży się na konkretne działania.

W kontekście objęcia przez Polskę prezydencji w Radzie UE w styczniu 2025 roku, istnieje możliwość intensyfikacji działań na rzecz poprawy *adherence*. Polska może promować inicjatywy edukacyjne dla pacjentów i personelu medycznego, wdrażać programy profilaktyczne oraz dążyć do harmonizacji standardów opieki zdrowotnej w całej Unii Europejskiej, a także wdrożyć rozwiązania systemowe, które przyczynią się do poprawy przestrzegania zaleceń lekarskich. Skuteczne działania w tym zakresie przyczynią się do poprawy zdrowia publicznego i zmniejszenia obciążenia systemów ochrony zdrowia w Europie.

## 6. Tezy dla Zdrowia

W trosce o zdrowie polskiego społeczeństwa, rozumiane jako najwyższej notowana wartość 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-ekspertka debata prezentująca inicjatorów powołania *think-tanku*, skład Rady Naukowej oraz **Tezy dla Zdrowia** wytyczające kierunki niezbędnych zmian w systemie ochrony zdrowia. Po trwających kilka miesięcy dyskusjach i konsultacjach powstała obecna wersja **Tez dla Zdrowia**, w których proponujemy:

### 1. PRZYJĘCIE ZASADY „ZDROWIE W POLITYCE”

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



odnoszącego się także do wyzwań związanych ze zdrowiem Polaków, wygłaszanego w Światowym Dniu Chorego – 11 lutego i odnoszącego się do aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia.

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

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

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

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

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

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

Alternatywne rozwiązanie to wprowadzenie ubezpieczeń komplementarnych na zasadach solidaryzmu społecznego.

## **9. POWOŁANIE FUNDUSZU WALKI Z RAKIEM**

W związku z faktem, iż choroby nowotworowe stanowią jedno z największych zagrożeń cywilizacyjnych oraz wobec ogromnego postępu jaki dokonuje się w ich diagnostyce i terapii niezbędne jest zapewnienie odpowiedniego finansowania stosowanych tu procedur. Szczególną wagę należy 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 CHOROBOM CYWILIZACYJNYM (SERCOWO-NACZYNIOWYM, ONKOLOGICZNYM, METABOLICZNYM) I PREMIOWANIE PRZESTRZEGANIA ZASADY WSPÓŁODWIEDZIALNOŚCI KAŻDEGO Z NAS ZA WŁASNE ZDROWIE**

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

**13. POSTAWIENIE NA POZ I STWORZENIE PROGRAMU WSPARCIA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ**

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

**14. POWOŁANIE EUROPEJSKIEJ UNII ZDROWIA**

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

**15. UTRZYMANIE ZASADY OBOWIĄZKOWOŚCI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE**

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

- zwiększyć wiedzę społeczną na temat szczepień,
- nasilić wszelkie formy przeciwdziałania Państwa przejawom deprecjonowania ich roli - konsekwentnie walczyć z fałszującymi prawdę mitami,
- zapewnić możliwie najskuteczniejszą ochronę osobom z medycznymi przeciwwskazaniami do szczepień zapewnić wzrost wyszczepialności osób dorosłych.

#### 16. PROMOCJA POLSKI PRZEZ ZDROWIE

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

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

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

1. Powitaj pacjenta – podaj mu rękę na przywitanie.
2. Skup, choć kilka minut, tylko na nim swoją uwagę – dając do zrozumienia, że w tym czasie on jest najważniejszy dla ciebie i zbierz wywiad lekarski w sposób zwięzły i taktowny, komunikując się językiem zrozumiałym dla swojego rozmówcy i dochowując tajemnicy lekarskiej oraz innych praw pacjenta.
3. Poproś pacjenta o rozebranie się z zachowaniem jego prawa do wolności, godności i intymności, a następnie, mając jego przyzwolenie, dokładnie zbadaj jego ciało w całości.
4. Na każdym etapie diagnozy i leczenia wyobrażaj sobie, że to ty jesteś na miejscu pacjenta i pomyśl, czy chciałbyś być tak samo traktowany.
5. Zważaj na każde wypowiedziane do pacjenta słowa i nigdy nie odbieraj mu nadziei, mając przede wszystkim pokorę do własnej wiedzy niezależnie od stopnia swoich kwalifikacji, zajmowanego stanowiska czy też posiadanego tytułu naukowego.
6. Pełniąc swoją niełatwą misję lekarską, bądź cierpliwy, nie zapominaj o dobrych i ciepłych słowach, nie obrażaj się i nie gniewaj na pacjenta, a swoją postawą i działaniem zaświadczaaj o zbieżności swoich celów z celami pacjenta stosownie do jego potrzeb, oczekiwań i życzeń oraz zgodnie z jego wolą, światopoglądem i filozofią życia.
7. Traktuj zawsze pacjenta podmiotowo w sposób holistyczny, nie oddzielając jego części fizycznej od psychicznej i duchowej, bowiem stanowią one jedną nierozdzielalną całość.

## 8. Dziewięć kroków do tego, aby żyć 100 lat w pełnym zdrowiu wg Prof. Alicji Chywickiej (na podstawie różnych publikacji)

Krok I: Zadbaj o ruch, dostosowany do wieku, do wzrostu i wagi, do stanu zdrowia.

Krok II: Ogranicz liczbę kalorii, jedz wolniej i unikaj przetworzonych pokarmów, wracaj do natury.

Krok III: Myśl, wykonuj ćwiczenia umysłowe, czytaj, opowiadaj, koncentruj się i dyskutuj.

Krok IV: Miej cel, motywację, naucz się czegoś nowego.

Krok V: Stwórz własny cichy azyl do zwolnienia tempa życia.

Krok VI: Bądź członkiem wspólnoty, grupy przyjaciół, grupy ponadpokoleniowej, które by się edukowały, wspomagały i trzymały razem.

Krok VII: Miej swoje ulubione rytuały.

Krok VIII: Otaczaj się ludźmi, których lubisz i daj się lubić.

Krok IX: Uśmiechaj się i myśl pozytywnie. Jeśli człowiek myśli negatywnie, to jest to przepowiednia samospełniająca się i dużo w życiu się nie udaje.

#### KONTAKT:

Anna Jasińska - rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. +48 734 439 122, e-mail: [jasinska@greencomm.pl](mailto:jasinska@greencomm.pl)

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

#### PARTNERZY



#### PATRONAT MEDIALNY

