

Agnieszka Paculanka

# Narodowa Strategia Onkologiczna – czy pacjenci mogą już dziś mówić o korzyściach?

W trakcie VI Kongresu Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość – Foresight Medyczny odbył się panel poświęcony Narodowej Strategii Onkologicznej. Eksperti i przedstawiciele pacjentów dyskutowali o wyzwaniach i potrzebach terapeutycznych w raku piersi i raku płuca.



Fot. iStockphoto



Fot. Patryk Ryzyk

## W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **prof. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko** – kierownik Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, sekretarz generalny Europejskiego Towarzystwa Chorób Płuc (2019–2022)
- **dr hab. n. med. Beata Jagielska** – prezes Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej
- **prof. dr hab. n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszczyńska** – kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie
- **prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pieńkowski** – kierownik Kliniki Onkologii i Chorób Piersi Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, kierownik Kliniki Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie
- **Ewelina Puszkina** – wiceprezes Fundacji OmeaLife
- **Aleksandra Wilk** – koordynator Sekcji Raka Płuca, Fundacja To się leczy

Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) to program wieloletni, na lata 2020–2030, wprowadzający kompleksowe zmiany w polskiej onkologii, będący odpowiedzią na wzrost zachorowań na choroby nowotworowe w Polsce. Wskazuje ona pięć obszarów strategicznych, kluczowych dla poprawy skuteczności terapii onkologicznych i dostosowania rozwiązań systemowych do potrzeb pacjentów z chorobą nowotworową.

Nadrzędnym celem NSO jest wzrost odsetka osób przeżywiających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej, a także zwiększenie wykrywalności

nowotworów we wczesnych stadiach. Wdrożenie Narodowej Strategii Onkologicznej ma umożliwić odwrócenie niekorzystnych trendów, takich jak brak standaryzacji i nierówny dostęp, fragmentacja opieki, rozproszenie świadczeń i ośrodków onkologicznych, które dotychczas wpływały na jakość leczenia onkologicznego i rokowania pacjentów.

## Standardy a realia – leczenie w różnych ośrodkach

Prowadzona przez red. Bartosza Kwiatka dyskusja rozpoczęła się od historii pacjentki z potrójnie

ujemnym rakiem piersi, u której zastosowano, zdaniem uczestników spotkania, postępowanie niezgodne ze standardami i wytycznymi klinicznymi. – Nasza fundacja wspiera młode kobiety chorujące na raka piersi. Wiele z nich planuje ciążę lub ma już dzieci, są wśród nich również kobiety w ciąży, jak bohaterka przytoczonej historii. Opowieść młodego taty i męża jest dla mnie przerażająca. Na szczęście takie sytuacje zdarzają się coraz rzadziej. Znamienne jest też to, że gdy pacjent trafia do ośrodka, w którym nie są stosowane standardy, zwykle czuje się tak zagubiony, jak pisze mąż pacjentki. Zostały wykonane procedury, a pacjentka i jej bliscy nadal nie wiedzą, co już zaszło i co będzie się działo na kolejnych etapach leczenia – mówiła Ewelina Puszkina, wiceprezes Fundacji OmeaLife.

## Potrójnie ujemny rak piersi to wciąż wyzwanie

– Potrójnie ujemny rak piersi to nowotwór, który bardzo często rozwija się u młodych kobiet. U starszych występuje zdecydowanie rzadziej. Często jest skojarzony z obciążeniem mutacjami BRCA1 i BRCA2. Rozwija się dość szybko, często ma wysokie parametry złośliwości, co świadczy o tym, że szybko rośnie i szybko daje przerzuty. Dlatego bardzo ważne jest, by leczenie rozpocząć jak najszybciej. Gdy pacjentka nie ma przerzutów odległych, terapia powinna się zaczynać od leczenia systemowego, a dopiero potem przechodzimy do leczenia operacyjnego. Niezwykle rzadko zdarzają się sytuacje, gdy pacjentka zgłasza się z bardzo małym nowotworem, mniejszym niż 1 cm, i możemy zacząć postępowanie od operacji. Jeśli zaczynamy od leczenia systemowego, to stosujemy chemioterapię. Standardem międzynarodowym jest również zastosowanie w tym przypadku immunoterapii. Jest zarejestrowany lek którego dodanie do chemioterapii wydłuża czas do nawrotu choroby i medianę całkowitego przeżycia. Oznacza to, że mniej kobiet chorujących na potrójnie ujemnego raka piersi umrze, jeżeli do postępowania standardowego, czyli chemioterapii, która jest u nas dostępna i refundowana, dodamy immunoterapię

# VI KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

”



prof. Joanna  
Chorostowska-Wymimko:  
Poziom refundacji  
procedur realizowanych

w ramach programu lekowego nie pokrywa w dostatecznym stopniu faktycznych kosztów ponoszonych przez szpitale

– wyjaśniła prof. dr hab. n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld, kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie. – W ostatnich latach zwiększył się dostęp do kilku leków, co poprawiło sytuację pacjentek z rakiem piersi, ale nadal na niektóre terapie czekamy. Kilka leków jest w procesie weryfikacji i analizy w Ministerstwie Zdrowia. Nieustannie prowadzimy na ten temat rozmowy z decydentami. Potrójnie ujemny rak piersi budzi strach i przerażenie wśród pacjentek, zwłaszcza młodych, szczególnie jeśli czerpią wiedzę z Internetu. Jest on uznawany za najgorzej rokujący podtyp raka piersi, a jego leczenie nie jest optymalne – podkreśliła Ewelina Puzsikin.

– Rak potrójnie ujemny został zdefiniowany na zasadzie wykluczenia – tłumaczył prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pieńkowski, kierownik Kliniki Onkologii i Chorób Piersi Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, kierownik Kliniki Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie. – Część kobiet choruje na raka hormonozależnego. Nowotwór ten w swoich komórkach ma receptory estrogenowe. Innym typem raka piersi jest rak z nadmierną ekspresją receptora HER-2. Te grupy są identyfikowane na podstawie pozytywnych znalezisk. Wszystkie inne, niepasujące do tego podziału, umieszczone w osobnej, mocno heterogenicznej grupie. Gdy ten podział powstawał, nie dysponowaliśmy żadnym leczeniem celowanym. Teraz mamy zupełnie inną sytuację. Wiemy, że ta grupa chorych jest podatna na immunoterapię. Dobrą wiadomością dla wszystkich chorych na ten typ nowotworu jest to, że instrumentarium dostępnych leków znacznie się zwiększyło. Ważne jest tylko to, by były dostępne w Polsce i by wszyscy chorzy bez zbędnej zwłoki mogli dotrzeć do placówek oferujących tego typu leczenie. Jestem przekonany, że wszystkie ośrodki mające międzynarodową akredytację, udzieloną przez Polskie Towarzystwo do Badań nad Rakiem Piersi i Senologic International Society, oraz ośrodki realizujące program kompleksowej opieki nad chorymi na raka

”



prof. Agnieszka Jagiełło-  
Gruszfeld: Często  
pacjenci, szczególnie  
w małych ośrodkach, są

hospitalizowani tylko po to, by rozliczyć daną procedurę. Gdybyśmy przeznaczili pieniądze wydawane na te niepotrzebne hospitalizacje na refundację nowych leków, byłibyśmy w innym miejscu

piersi ustanowiony przez NFZ są przygotowane do leczenia tych chorych zarówno od strony zasobów diagnostycznych i medycznych, jak i potencjału intelektualnego. Leki, o których dzisiaj mówimy, są wciąż w procesie refundowania i oby skończył się on jak najszybciej – dodał.

– Leczenie pierwotne powinno być jak najskuteczniejsze, dlatego stosujemy leczenie skojarzone również u chorych, którzy nie mają przerzutów, nie mają rozsiewu nowotworu. Leczenie skojarzone u osób z nowotworem bardzo zaawansowanym, u których jakakolwiek operacja jest przeciwwskazana, ma na celu doprowadzenie do zmniejszenia zmian nowotworowych. To pozwala zmniejszyć rozległość późniejszego zabiegu. Poza tym wynik leczenia przedoperacyjnego mówi nam o podatności danego nowotworu na leczenie i jest również czynnikiem rokowniczym. My dążymy do uzyskania całkowitej patologicznej remisji, czyli do sytuacji, w której w usuniętym materiale nie ma raka. U chorych na potrójnie ujemnego raka piersi brak całkowitej patologicznej remisji jest wskazaniem do zastosowania leku, który zwiększy ich szanse na przeżycie – podsumował prof. Tadeusz Pieńkowski.

## Rak płuca, jeden z priorytetów NSO – dzieje się dużo dobrego, ale wciąż mamy niedosyt

– W ostatnich latach, a przede wszystkim w zeszłym roku, pojawiło się dużo nowych terapii dla pacjentów z rakiem płuca zarówno w pierwszej, jak i w drugiej linii leczenia, jednak według raportu NFZ za zeszły rok tylko 6 tys. chorych na raka płuca spośród 11 tys. w stanie zaawansowanym otrzymuje innowacyjne leczenie. Należy podkreślić, że co roku odnotowujemy od 22 tys. do 24 tys. nowych zachorowań na ten nowotwór. Mówiąc krótko: tylko 1 na 4 osoby otrzymała nowoczesne leczenie. Rak płuca jest chorobą bardzo złożoną, ma wiele mutacji, ale wciąż pojawiają się nowe leki. Są one rejestrowane na świecie i w Europie, czekamy, by pojawiły się również w Polsce. Problemem jest to, że nasi pacjenci mają ograniczony dostęp nawet do tych terapii, które już są refundo-

”



Aleksandra Wilk: Pacjenci  
z rakiem płuca nie  
otrzymują optymalnego  
leczenia, przez co do

drugiej linii leczenia dożywa tylko 40 proc. z nich. Pacjent, który nie jest skutecznie leczony w pierwszej linii, obciąża system finansowo, nie odnosząc z tego żadnych korzyści

wane. Wynika to z wielu przyczyn, takich jak przedłużająca się diagnostyka, brak finansowania immunoterapii w pierwszej linii czy brak finansowania kluczowych badań immunohistochemicznych – mówiła Aleksandra Wilk, koordynator Sekcji Raka Płuca z Fundacji To się leczy.

– W trakcie ESMO mówiono między innymi o tym, że po minimum 35 cyklach leczenia jednym z leków immunokompetentnych spadek ryzyka zgonów w rakach niepłaskonabłonkowych był rzędu blisko 40 proc., płaskonabłonkowych – 29 proc. i odpowiednio 5-letnie przeżycia 72 proc. i 69 proc. – mówiła dr hab. n. med. Beata Jagielska, prezes Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej. – Kluczowe jest jednak te 35 cykli. Chory, mimo postaci zaawansowanej, musi trafić na leczenie w odpowiednim czasie. A co znaczy odpowiedni czas? To znaczy, że musi być w odpowiednim czasie zdiagnozowany, jeśli chodzi o postać zaawansowaną. Wyniki sprzed 2 lat pokazują, że chorzy do włączenia do programu lekowego czekają blisko 2 miesiące od momentu rozliczenia badania molekularnego. W zaawansowanym raku płuca to jest czas stracony. A potem się dziwimy, dlaczego w programie lekowym ci chorzy są krótko leczeni. Nieco lepiej sytuacja wygląda w immunoterapii – chorzy czekają średnio ok. 40 dni. Niestety oznaczenie PD-L1 nie jest finansowane przez publicznego płatnika, a badania genetyczne, które są finansowane ze środków publicznych, nadal nie są powszechne. Raport europejski opublikowany w zeszłym roku pokazuje, że ponad 50 proc. chorych kwalifikujących się do leczenia w programie lekowym jest leczonych standardowo, klasyczną chemioterapią, która obecnie nie przynosi pacjentom korzyści. Oczywiście pozostaje też pytanie, co z diagnostyką. Projekt Lung Cancer Unit do tej pory nie wszedł w życie. Patrząc na to, jak działają breast czy colon cancer unity, jestem pesymistką. Mamy unity, nie mamy możliwości realizacji zadań – stwierdziła. – Pacjenci z rakiem płuca nie otrzymują optymalnego leczenia, przez co do drugiej linii leczenia dożywa tylko 40 proc. z nich. Pacjent, który nie jest skutecznie leczony w pierwszej linii, obciąża system finansowo, nie odnosząc z tego żadnych korzyści.

”

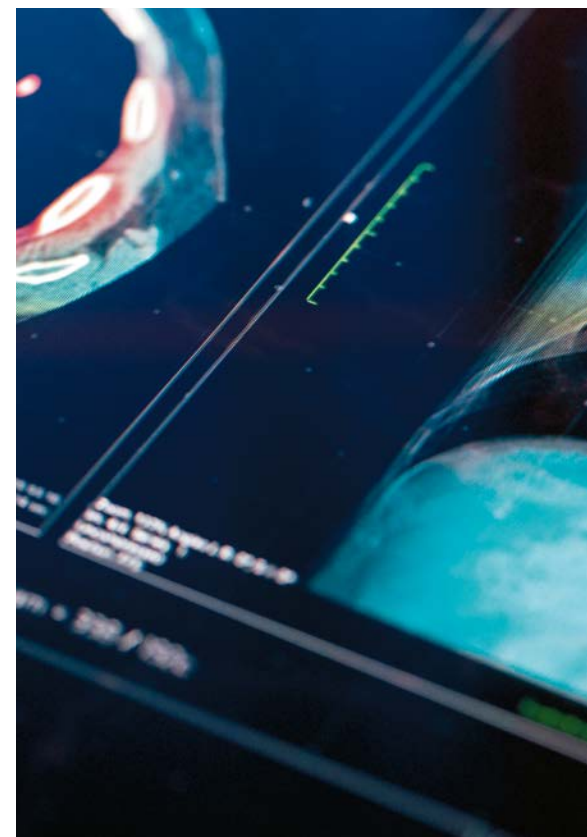


prof. Tadeusz Pieńkowski:  
Nowe cząsteczki, które  
mają udowodnioną  
wartość, powinny być

jak najszybciej dostępne dla pacjentów, bo to się przekłada na ich życie

– Przepominam, że żeby być leczonym w programie lekowym, trzeba być zdiagnozowanym – dodała dr hab. Beata Jagielska. – Badanie jest finansowane poza programem i w ciągu ostatnich 3 lat na ok. 66 tys. nowych zachorowań tylko 13 tys. pacjentów przeszło diagnostykę.

– Nowe międzynarodowe zalecenia podkreślają, że leczenie pacjenta onkologicznego to gra zespołowa. Wskazują jednoznacznie na potrzebę współpracy między onkologami, pulmonologami, torakochirurgami, genetykami, patologami, fizjoterapeutami, specjalistami medycyny paliatywnej i specja-



”



dr hab. Beata Jagielska:  
Leczenie skojarzone,  
konsolidujące,  
zgodne z ostatnimi

danymi jest prowadzone tylko  
u 50 proc. pacjentów, którzy powinni  
je otrzymać

listami pomagającymi leczyć powikłania. Najlepszą opiekę zapewniają pacjentom ośrodki koordynowanej diagnostyki i leczenia, czyli wspomniane już lung cancer units, i o to walczymy. Raport Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 2018 r. szczegółowo opisuje strukturalne, organizacyjne i jakościowe rozwiązania pozwalające wdrożyć taki system opieki w Polsce. Nad tymi rozwiązaniami pracowali wspólnie specjaliści z różnych środowisk – mówiła prof. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko, kierownik Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, sekretarz generalny Europejskiego Towarzystwa Chorób Płuc.

– Nowoczesne leczenie to korzyść dla pacjenta – lepsze efekty, lepsze rokowanie, lepsza jakość życia, ale też wymierna korzyść dla systemu – przekonywała prof. Joanna Chorostowska-Wynimko. – Dezorganizacja, powtarzanie badań, chaos panujący

”



Ewelina Puszkin:  
Pacjenci chcieliby wpisać  
chorobę w życie, a nie  
odwrotnie

w diagnostyce, np. wykonywanie fragmentarycznej diagnostyki molekularnej, przysparzają ogromnych kosztów. Dlatego bardzo czekamy na wprowadzenie lung cancer unitów, bez których moim zdaniem nie uda się poprawić wskaźników epidemiologicznych w rozumieniu czasu przeżycia, odsetka osób operowanych, odsetka osób leczonych prawidłowo w pierwszej linii leczenia.

– W leczeniu raka płuca w ostatnich latach stało się dużo dobrego – podkreśliła prof. Joanna Chorostowska-Wynimko. – Program lekowy Ministerstwa Zdrowia daje nam dostęp do wielu nowoczesnych cząsteczek. W pierwszej linii mamy trzy grupy leków ukierunkowanych molekularnie, mamy immunoterapię w monoterapii i w leczeniu skojarzonym. Jesteśmy w stanie zapewnić naszym pacjentom bardzo nowoczesne leczenie o wysokiej skuteczności i efektywności. Mówimy o wieloletnich obserwacjach chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca, które w przypadku jednego leku immunokompetentnego w monoterapii wskazują, że nawet 32 proc. pacjentów z zaawansowanym, rozsiałym rakiem żyje ponad 5 lat. Są też dane dotyczące leczenia ukierunkowanego molekularnie wskazujące, że mediana czasu całkowitego przeżycia w przypadku sekwencyjnego stosowania inhibitorów kinazy ALK może wynosić prawie 90 miesięcy. Mówimy więc o dodatkowych latach życia, które jesteśmy w stanie zaoferować pacjentom. Latami, które mogą oni przeżyć produktywnie – prowadzić aktywne życie zawodowe, być ze swoimi rodzinami. Dogodna forma podania nowoczesnych terapii i ich znacznie lepsza tolerancja istotnie zmniejszają zaangażowanie systemu opieki szpitalnej, co jest również korzystne dla systemu – dodała.

#### Program lekowy a chemioterapia

– Na to, czy stosujemy chemioterapię czy programy lekowe, wpływa wiele czynników. Po części ma znaczenie wyważenie refundacji procedur, ale są też inne elementy. Istotny jest brak kompleksowości w podejściu do opieki nad pacjentem. Chory gdzie indziej jest diagnozowany, gdzie indziej leczony. Jest też kwestia ustawienia procesu

finansowania leczenia. Karta DiLO przyniosła wiele dobrego, jednak nie w raku płuca. Część absolutnie kluczowych procedur z punktu widzenia diagnostyki raka płuca nie jest w niej ujęta, co uniemożliwia korzystne rozliczenie – zaznaczyła prof. Joanna Chorostowska-Wynimko. – Z kolei poziom refundacji procedur realizowanych w ramach programu lekowego nie pokrywa w dostatecznym stopniu faktycznych kosztów ponoszonych przez szpitale. Przykładem braku kompleksowego podejścia ze strony płatnika są również aktualne regulacje dotyczące rozliczania jednoczesnej chemioradioterapii, która dla wielu chorych oznacza szansę na dostęp do leczenia konsolidującego w ramach programu lekowego. Podczas gdy ośrodki onkologiczne mają możliwość zastosowania dodatkowego przelicznika korygującego wysokość rozliczenia z NFZ, szpitale pulmonologiczne już nie. Mówimy o rozliczaniu dokładnie tych samych procedur terapeutycznych – zaznaczyła.

– Różnice w finansowaniu chemioterapii i programów lekowych są bardzo istotne. W programach lekowych mamy leki o dość dużej wartości, a rozliczenie nadwykonań w zakresie substancji czynnych następuje po zakończeniu określonego okresu rozliczeniowego. To sprawia, że szpital musi mieć własne środki na pokrycie tych kosztów do czasu ich rozliczenia. Wielu placówek na to nie stać. Poza tym ilość danych, które należy raportować w programie lekowym, wymaga zaangażowania dodatkowego personelu, a to również kosztuje. Ryczałt przeznaczony na diagnostykę nie zawsze pokrywa jej koszt. Są dodatkowe bonusy za diagnostykę w czasie chemioterapii, natomiast programy lekowe ich nie przewidują. Podsumowując – programy lekowe są nieopłacalne w sensie ekonomicznym dla ośrodka. Leczenie skojarzone, konsolidujące, zgodne z ostatnimi danymi jest prowadzone tylko u 50 proc. pacjentów, którzy powinni je otrzymać. Te dane nie napawają optymizmem – podkreśliła dr hab. Beata Jagielska.

– Uważam, że należy zwiększyć nakłady na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną – stwierdziła Aleksandra Wilk. – Pozwoliłoby to przenieść do niej diagnostykę, a nie trzymać pacjenta na oddziale. Pacjenci z rakiem płuca oczekują w najbliższym czasie rozwiązania problemu refundacji oznaczania PD-L1. By poprawić przeżycia 5-letnie, musimy pamiętać o pacjentach operacyjnych, we wczesnym stadium. U 80 proc. chorych z tej grupy, u których wykryto w materiale pooperacyjnym mutację EGFR, jest możliwość redukcji ryzyka zgonu lub nawrotu choroby poprzez zastosowanie terapii celowanej. Uważamy również, że pacjent powinien być objęty opieką koordynowaną już od poziomu lekarza POZ – wymieniła.

– Nowe cząsteczki, które mają udowodnioną wartość, powinny być jak najszybciej dostępne dla pacjentów, bo to się przekła-

da na ich życie. Doskonałym przykładem jest właśnie immunoterapia stosowana na początku leczenia, gdzie korzystne skutki jej podania trwają latami. W przypadku raka płuca jeszcze niedawno pomyśl, że 1/3 chorych z uogólnionym rakiem może żyć wiele lat, był herezją – mówił prof. Tadeusz Pieńkowski.

– Żyjemy w świecie dwójmyślenia. Myślimy, że szpitale muszą się rozliczyć i mieć dodatni wynik finansowy, a narzuca się im odgórnie stawki. Poza tym prawie wszyscy chorzy na raka piersi i znakomita większość chorych na raka płuca nie mają wskazań medycznych do leżenia w szpitalu. Wszystko, co mamy im do zaoferowania, możemy podawać w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym. Unikamy też informacji o kosztach pośrednich – nazywa się to „stratami związanymi z przedwczesną utratą produktywności”. Są to straty, które ponoszą gospodarka i społeczeństwo w związku z przedwczesnym zgonem ludzi, którzy mogliby jeszcze pracować. Analizy pokazują, że są to liczby wielokrotnie większe niż nakłady NFZ na leczenie. O ile bilansowanie się finansowe szpitali jest przez wszystkich bardzo mocno akcentowane, to druga strona tego medalu, czyli wspomniane koszty pośrednie, są przemilczane. Dzisiaj chorzy chcą być czynni zawodowo i społecznie. Potrzebujemy takiego dostępu do ośrodków leczących, by pacjentowi podróż tam i z powrotem zajmowała nie więcej niż jeden dzień, hospitalizacje powinny być ograniczone tylko do sytuacji koniecznych z punktu widzenia medycznego, a kod pocztowy nie może być czynnikiem rokowniczym. Dojazd do ośrodków jest też obciążeniem finansowym dla pacjenta – podsumował prof. Tadeusz Pieńkowski.

– Staramy się na różne sposoby dotrzeć do nier refundowanych terapii, jeśli są potrzebne naszym pacjentom. Z różnym skutkiem – mówiła prof. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld. – Często pacjenci, szczególnie w małych ośrodkach, są hospitalizowani tylko po to, by rozliczyć daną procedurę. Odbywa się to ze szkodą nie tylko dla pacjenta, lecz także postrzegania całego procesu leczenia onkologicznego. W dużych ośrodkach podchodzimy do choroby onkologicznej jak do każdej innej, która może się przytrafić każdemu, codziennie. Traktujemy normalnie i chorobę, i pacjenta. Jeśli natomiast pacjent w celu podania zwykłej chemioterapii musi położyć się w szpitalu co 3 tygodnie na 3 dni, to czuje się chory, ma przekonanie, że jego choroba jest straszna i nigdy z niej nie wyzdrowieje. To się często przekłada na rezygnację z pracy, pójście na rentę. Dla nas jako społeczeństwa jest to dodatkowe obciążenie. Gdybyśmy przeznaczyli pieniądze wydawane na te niepotrzebne hospitalizacje na refundację nowych leków, byłibyśmy w innym miejscu – dodała.

– Pacjenci chcieliby wpisać chorobę w życie, a nie odwrotnie – zakończyła Ewelina Puszkin.

