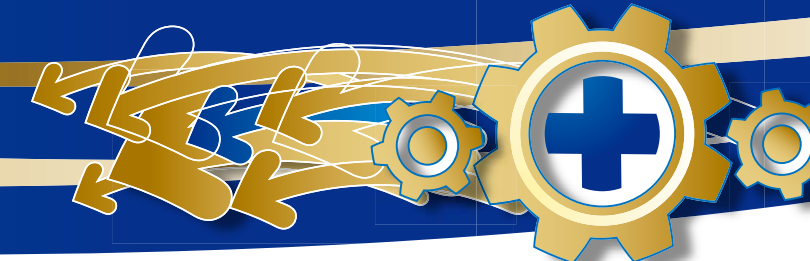




PRIORYTETY 2023 W OCHRONIE ZDROWIA



Maria Kowalska

Wczesne interwencje w onkologii – realizacja ambitnych celów

W trakcie konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia 2023 odbyła się debata dotycząca wartości wczesnych interwencji w onkologii. Eksperti przeanalizowali korzyści, jakie niesie dla pacjentów, ale także dla systemu, zastosowanie immunoterapii na przykładzie leczenia potrójnie ujemnego raka piersi już na wczesnym etapie choroby.

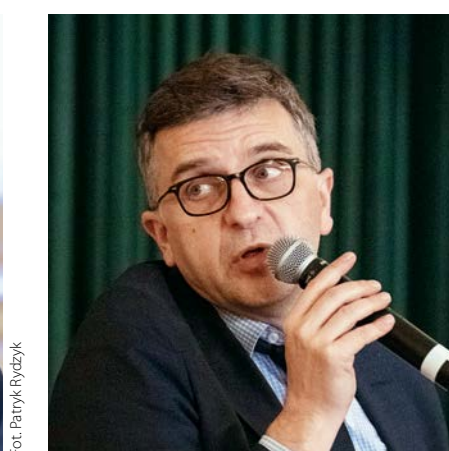
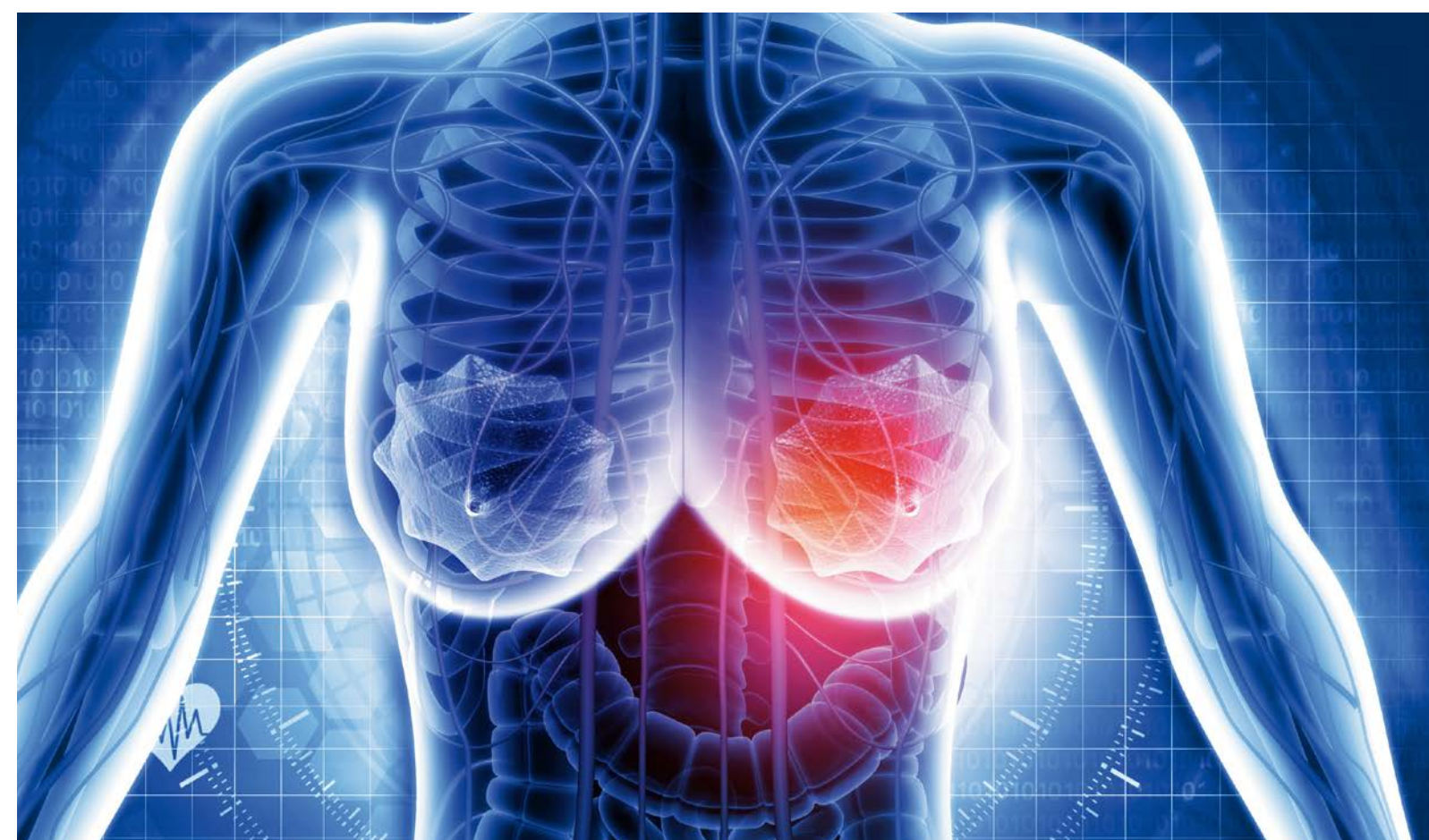
– Leki podawane we wczesnych stadiach choroby nowotworowej zapewniają różnego rodzaju korzyści. Po pierwsze mogą poprawić opłacalność kosztową, zwiększyć wskaźnik wyleczeń, zwiększyć szanse na radykalne i całkowite usunięcie guza oraz zmniejszyć odsetek powikłań związanych z operacją. Istnieje również szerszy kontekst ekonomiczny dla społeczeństwa. Pamiętajmy bowiem, że nowotwory we wczesnych stadiach mają zazwyczaj większy wpływ na populację w wieku produkcyjnym. Dzięki skutecznemu leczeniu możemy chorym umożliwić aktywne życie i powrót do pracy – wyjaśniał Michele Pistollato. – We wczesnym stadium choroby nowotworowej typowym standardem postępowania jest operacja oraz chemioterapia – mówił Michele Pistollato z Charles River Associates z Wielkiej Brytanii, który brał udział w badaniu dotyczącym leków stosowanych we wczesnych stadiach choroby nowo-

tworowej, aktualnego stanu ich dostępności i identyfikacji barier oraz potencjalnych rozwiązań w celu poprawy sytuacji. – W przypadku potrójnie ujemnego raka piersi mamy jednak nowoczesną immunoterapię, która dołączona do chemioterapii zapewnia oczekiwane wydłużenie czasu przeżycia o 3,37 roku w porównaniu z samą chemioterapią – dodał. – Wiemy jednak, że mimo ewidentnych korzyści płynących ze stosowania nowoczesnego leczenia dostęp do leków przeciwnowotworowych w Europie nadal jest problematyczny. Wskaźnik refundacji leków stosowanych we wczesnych stadiach choroby, traktowany jako mediana, jest o 10 punktów procentowych niższy w porównaniu ze wszystkimi lekami onkologicznymi. Ponadto czas oczekiwania na refundację jest bardzo długi, średnio 500 dni, a w skrajnych przypadkach nawet 900. Nie są one traktowane priorytetowo przez decydentów, którzy

nie zajął w pełni ich wartości i mają problem z ustaleniem, do jakich grup pacjentów powinny być kierowane – podkreślał. – Polska poczyniła pewne postępy w opiece onkologicznej i według danych statystycznych znajduje się pod tym względem w środku wykresu, ale w zakresie nowych metod leczenia należy robić więcej. Tylko 65 proc. leków jest refundowanych przez polski system i niestety te statystyki mogą się pogarszać w najbliższych latach – ocenił Michele Pistollato.

Musimy pamiętać o kosztach pośrednich

– Bardzo istotnym elementem analizy ekonomicznej realizacji świadczeń onkologicznych jest ocena efektywności kosztowej – wyjaśniał prof. dr hab. n. med. Adam Maciejczyk z Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii.



”

dr hab. Michał Jarząb: Mówimy pacjentkom, że wczesne wykrycie daje szanse na całkowite wyleczenie – to jest prawda w rakach piersi luminałnych czy rakach piersi HER2+, ale nie zawsze w potrójnie ujemnym raku piersi. Musimy szukać nowych skutecznych metod terapii tej choroby

”

prof. dr hab. n. med. Adam Maciejczyk: Ważne jest, żeby wprowadzać efektywną terapię onkologiczną u pacjentów jak najszybciej, czyli w sytuacji, gdy nowotwór jest mniej zaawansowany, ponieważ ta terapia jest bardziej efektywna



W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- dr hab. n. med. Michał Jarząb – Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Gliwicach
- prof. dr hab. n. med. Adam Maciejczyk – Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii
- Michele Pistollato – Charles River Associates, Wielka Brytania
- Magdalena Kardynał – Fundacja OmeaLife
- Maciej Miłkowski – Ministerstwo Zdrowia
- Zuzanna Świętorzecka – pacjentka onkologiczna

– Pamiętajmy jednak, że nie możemy brać pod uwagę jedynie kosztów bezpośrednich realizacji naszych świadczeń, lecz także koszty społeczne i koszty ekonomiczne. W 2018 r. opublikowaliśmy analizę danych z realizacji świadczeń onkologicznych w naszym województwie za lata 2014–2016, biorąc pod uwagę właśnie koszty pośrednie. Na koszty pośrednie składają się takie elementy, jak nieobecność w pracy, niepełna efektywność w pracy zarówno pacjenta, jak i osoby towarzyszącej mu w chorobie, przedwczesny zgon, trwała niezdolność do pracy. Okazało się, że te koszty wielokrotnie przewyższają koszty bezpośrednie realizacji świadczeń, ale – co istotne – one również rosną w stosunku procentowym do produktu krajowego brutto. Dlatego tak ważne jest, żeby wprowadzać efektywną terapię onkologiczną u pacjentów jak najszybciej, czyli w sytuacji, gdy nowotwór jest mniej zaawansowany, ponieważ ta terapia jest bardziej efektywna. Wykazaliśmy w tym raporcie, że w przypadku raka piersi największym problemem jest absenteizm i prezenteizm,

a mniejszy udział ma problem zgonów – dodał.

– Nowe leki częściej są wdrażane w IV stopniu zaawansowania choroby, bo tak są prowadzone badania kliniczne. Kiedy staje się on skuteczny w IV stopniu zaawansowania choroby, zaczyna być badany również w stadiach wcześniejszych. Powinniśmy rozważać jak najszybsze wdrażanie refundacji terapii onkologicznych, które mają udowodnioną skuteczność, już w pierwszych trzech stopniach zaawansowania choroby. Uważam, że w analizie kosztowej terapii należy brać pod uwagę również koszty pośrednie, a nie tylko bezpośrednie. Wpływ nowych, skutecznych terapii na zmniejszenie kosztów pośrednich jest szczególnie widoczny w analizie dużych populacji chorych, np. w raku piersi – podkreślał prof. dr hab. n. med. Adam Maciejczyk.

– Nie do końca zgadzam się z prof. Maciejczykiem, bo moim zdaniem te koszty nie przekładają się tak bezpośrednio – odpowiedział wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski. – Jeśli chodzi o potrójnie ujemnego raka piersi, to przez wiele lat nic się

w zakresie leczenia nie działo, ale od końca ubiegłego roku wprowadziliśmy nowoczesne terapie. Oczywiście czekają kolejne, ale nie wiadomo, czy różnica pomiędzy nimi a tym, co już mamy, jest taka istotna. Są to leki podobnej jakości, czasami mają inne wskazania, ale rak piersi jest całkiem dobrze zabezpieczony terapeutycznie zarówno w leczeniu przedoperacyjnym, jak i pooperacyjnym. Część leków już teraz, a za 2–3 lata kolejne dwa najważniejsze leki będą traciły wyłączność, więc sytuacja bardzo się poprawi – mówił.

Bądźmy uczciwi wobec pacjentek

– Immunoterapia zastosowana w niektórych nowotworach o dużym zaawansowaniu, a więc późno, np. w czerniakach, daje pacjentowi duże szanse na poprawę rokowania, natomiast zastosowana w bardzo zaawansowanym raku piersi daje tylko pewne wydłużenie życia, a już na pewno nie przekładają się tak bezpośrednio – odpowiedział wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski. – Jeśli chodzi o potrójnie ujemnego raka piersi, to przez wiele lat nic się

Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Gliwicach. – Jeśli w skryningu wykryjemy dwucentymetrowego potrójnie ujemnego raka piersi, to nie możemy tego bagatelizować, bo ten podtyp nowotworu rozwija się bardzo szybko i bardzo szybko daje przerzuty. Ponieważ namawiamy pacjentki na badania skryningowe, mówimy im, że wczesne wykrycie daje szanse na bezpieczne i skuteczne, całkowite wyleczenie – to jest prawda w rakach piersi luminałnych – hormonowrażliwych – czy rakach piersi HER2+, ale nie zawsze w potrójnie ujemnym raku piersi. Musimy szukać nowych skutecznych metod terapii tej choroby. Inaczej nie jesteśmy w pełni uczciwi wobec kobiet, które nam ufają – wyjaśnił. – Immunoterapia jest skutecznym leczeniem wczesnego raka piersi. Dzisiaj na podstawie wyników badania klinicznego KEYNOTE-522 jest stosowana przez rok – 8 podań przed operacją, 9 podań po operacji. Wielu ekspertów zastanawia się, czy u niektórych chorych tego czasu w przyszłości nie będzie można skrócić. Dzięki finansowaniu Agencji

Badań Medycznych rozpoczynamy badanie, w którym będzie testowana nieco krótsza immunoterapia pembrolizumabem skojarzona z radioterapią jako element wspierania leczenia różnych postaci raka piersi. Z badania KEYNOTE-522, dużego badania klinicznego, które było realizowane w wielu krajach, w tym w Polsce, wiemy, że ten lek jest bezpieczny, a polscy onkolodzy potrafili go stosować – mówił dr hab. Michał Jarząb. – Ta terapia daje kobietom nadzieję na zdrowie i życie bez kalectwa, a także na pełny powrót do aktywności, również zawodowej. O kilkanaście procent zwiększa szansę na całkowitą odpowiedź w pooperacyjnym badaniu histopatologicznym, tzw. pCR – w istocie całkowite zniknięcie guza. Z ponad 50 proc. do dużo ponad 60 proc. Wydaje się, że zastosowanie tej terapii u 1000–2000 pacjentek rocznie może się przełożyć na realne korzyści zdrowotne i ma istotne znaczenie farmakoekonomiczne – podsumował.

– Na potrójnie ujemnego raka piersi chorują kobiety młode, często 20–40-letnie. Wprowadzenie u pacjentki immunoterapii



PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2023



Fot. CRA Charles River Associates www.cra.com



Fot. Patryk Ryzzyk



Fot. Patryk Ryzzyk



Fot. Archiwum Termedia

”

Michele Pistollato: W przypadku potrójnie ujemnego raka piersi mamy nowoczesną immunoterapię, pembrolizumab, który dołączony do chemioterapii zapewnia oczekiwane wydłużenie czasu przeżycia o 3,37 roku w porównaniu z samą chemioterapią

pii we wczesnych stadiach sprawia, że nie boryka się ona z tym nowotworem do końca życia. Łatwiej jest jej przejść do codzienności z myślą, że nie jest już chora onkologicznie, że to był tylko moment w jej życiu, bo trafiła w ręce ekspertów, którzy o nią zadbali w odpowiedni sposób, niż z myślą, że żyje się z chorobą przewlekłą. W mojej ocenie nowe terapie, które niosą ogromną nadzieję dla wielu pacjentek, należałoby potraktować jako inwestycję. Może liczby nie przekonują decydentów, ale ktoś ten naród musi wychować. Musimy pokazać kolejnym pokoleniom, że nie tylko zadbaliliśmy o ich życie, zdrowie i wychowanie, lecz także o ich matki i kobiety dojrzałe potrzebujące terapii celowanych. Kobiety, które są nimi leczone, bardzo dobrze je znoszą, są aktywne zawodowo, nie rezygnują ze swoich ról społecznych, nie korzystają ze wsparcia państwa. To też ma ogromne znaczenie – przekonywała Magdalena Kardynał z Fundacji OmeaLife.

Mówię w imieniu tych, których nie stać

– Mam 46 lat i choruję na potrójnie ujemnego raka piersi – mówiła Zuzanna Świętorzecka, pacjentka. – Jestem aktywna zawodowo, pracuję w banku. Mam dwoje dzieci, 6-letnią córkę i 8-letniego syna. Zawsze dbałam o zdrowie, zdrowo się odżywiam, uprawiam sport. Dbam też bardzo o profilaktykę, badania USG i mammografię wykonywałam nawet częściej niż raz w roku. Dlatego nie byłam szczególnie zaniepokojona, gdy w lipcu tego roku wykryłam w mojej piersi zgrubienie.

”

Maciej Miłkowski: Jeśli chodzi o potrójnie ujemnego raka piersi, to przez wiele lat nic się w zakresie leczenia nie działo, ale od końca ubiegłego roku wprowadziliśmy nowoczesne terapie

Wydawało mi się, że nie może to być nic poważnego, skoro 1,5 miesiąca wcześniej kontrolne badanie USG dało prawidłowy wynik. Rozpoczęłam jednak diagnostykę – wykonałam USG, mammografię, następnie biopsję zmiany i biopsję węzłów chłonnych. W międzyczasie okazało się, że w piersi wyrósł drugi guz, więc konieczna była druga biopsja. Leczenie rozpoczęłam 31 sierpnia 2022 r. Lekarka prowadząca powiedziała mi, że w moim przypadku szansa na wyleczenie bez wznowy wynosi tylko 50 proc. Zleciła chemioterapię przedoperacyjną i zasugerowała, że powinna jej towarzyszyć immunoterapia, która niestety nie jest refundowana, więc musiałabym za nią sama zapłacić. Koszt jednorazowego podania leku to 14 tys. zł, trzeba go podawać co 3 tygodnie przez rok, czyli w sumie koszt takiej terapii to blisko 250 tys. zł. To był dla mnie szok. Zastanawiałam się, skąd wziąć takie pieniądze. Zdecydowałam się pokonać wewnętrzny opór i wstyd, ogłosić publicznie, że jestem chora, i rozpocząć zbieranie pieniędzy na leczenie. Wbrew moim obawom akcja poszła znakomicie i udało mi się zebrać całą sumę w dość krótkim czasie. Moja terapia przebiega bardzo dobrze, zakończyłam już cykl chemioterapii z immunoterapią. 29 grudnia miałam rezonans magnetyczny piersi, wczoraj odebrałam wyniki, które są świetne – guzy zniknęły. Na początku jeden miał 5 cm, a drugi 4 cm, były ogromne, a w trakcie leczenia udało się je całkowicie wyeliminować. I tego życzę wszystkim chorym – opowiadała. – Apeluje o dostęp do leczenia nie w swoim

”

Magdalena Kardynał: Żebrać o swoje życie jest niezwykle trudno i to jest powód, dla którego nie każdy korzysta z tej drogi. Niektóre pacjentki po prostu rezygnują, godząc się z ewentualnymi gorszymi wynikami leczenia

imieniu, ale w imieniu innych dziewczyn, które chorują na potrójnie ujemnego raka piersi, a leczą się za własne pieniądze albo z powodu ich braku nie otrzymują immunoterapii. Mówię tu o Beacie, której środki zebrane na zbiórce wystarczą tylko na kilka dawek, o Agnieszce, która płaci za terapię z własnych pieniędzy, a one właśnie się kończą. Mówię w imieniu wszystkich tych chorych, które nie podjęły leczenia, bo lekarz nie powiedział im, że taka możliwość istnieje, obawiając się, że stawia pacjentkę w trudnej sytuacji. Mówię w imieniu pacjentek, których nie stać na leczenie, które nie zdecydowały się zrobić zbiórki albo była ona nieskuteczna. One nie mają szans na pełne wyzdrowienie – upominała się Zuzanna Świętorzecka.

– Dla nas, lekarzy, to bardzo trudna sytuacja, kiedy mamy pacjenta, którego możemy jedynie poinformować, że jest skuteczna opcja terapeutyczna, ale może z niej skorzystać tylko wtedy, gdy sam za nią zapłaci. To wielka odwaga – wyjść do świata i powiedzieć o swojej chorobie, prosić o wsparcie. Nie każdy jest do tego zdolny. Musimy znaleźć ścieżkę dla najbardziej potrzebujących pacjentów, którzy nie są w stanie uzyskać wsparcia, najlepiej przez standardowe finansowanie w ramach programów terapeutycznych – zaproponował dr hab. Michał Jarząb.

Trudno jest zebrać o życie

– Klinicyści chcieliby leczyć te zmiany, których nie wyczuwamy palpacyjnie, a które widać na obrazach radiologicznych.

”

Zuzanna Świętorzecka: Apeluje o dostęp do terapii w imieniu chorych, których nie stać na leczenie, które nie zdecydowały się zrobić zbiórki albo była ona nieskuteczna. One nie mają szans na pełne wyzdrowienie

Musimy jednak dać kobietom zabezpieczenie, że jeśli będą poddawać się profilaktyce i przyjdą się leczyć, to otrzymają terapię zgodną ze standardami i najnowszą wiedzą medyczną. Pamiętajmy też o emocjach pacjentek. Te z nich, które nie mają możliwości terapeutycznych z koszyka świadczeń gwarantowanych, często są pozostawione same sobie, nawet nie przychodzą do organizacji pacjentów. Jeśli jednak zdarzy się, że kobieta założy zbiórkę, zdecyduje się opublikować swoje zdjęcie, upubliczni swoją historię, by znaleźć wsparcie finansowe, to odbiera to jako zebranie o życie. Ta sytuacja naprawdę jest bardzo trudna. To skomplikowany proces emocjonalny, a podjęcie takiej decyzji zajmuje zwykle sporo czasu. Potrzebujemy nie tylko wsparcia onkologów, którzy potwierdzą, że jest to leczenie potrzebne, lecz także całego zespołu ludzi, którzy otoczą chorą opieką – psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów. Co ważne, pozyskiwanie takich pieniędzy nie trwa miesiąc, ale dłużej. To są bardzo wysokie kwoty, pieniądze napływają powoli, a pacjentka cały czas myśli tylko o tym, czy uzbiera potrzebną sumę, czy będzie musiała przerwać leczenie. Żebrać o swoje życie jest niezwykle trudno i to jest powód, dla którego nie każdy korzysta z tej drogi. Niektóre pacjentki po prostu rezygnują z tej terapii, godząc się z ewentualnymi gorszymi wynikami leczenia. Mamy moralny obowiązek zmienić tę smutną rzeczywistość, inaczej nasza praca jako ekspertów traci sens – podsumowała Magdalena Kardynał. ■